Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 1½ Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Karlstrasse 8. — Für Abonnement an Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21. — Für Inserate u. Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Dr. Bollinger, München. Dr. Heineke, Erlangen. Dr. G. Merkel, Nürnberg. Dr. Michel, Würzburg. Dr. H. Ranke, München. Dr. v. Schleiss, München. Dr. Seitz, München. Dr. Winckel, München.

№ 12. 19. März. 1889. Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 8. Verlag: Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21. 36. Jahrgang.

Originalien.

Aus der medicinischen Klinik in Tübingen.

Ueber psychische Lähmungen und ihre Behandlung.

Von Dr. *Armand Häckel*, Privatdocent und Assistenzarzt an der medicinischen Klinik in Tübingen.

Es mag eigenthümlich erscheinen, von psychischen Lähmungen, d. h. von Lähmungen, welche durch abnorme psychische Vorgänge bedingt sind, zu sprechen und nicht zunächst von der psychischen Krankheit, in deren Gefolge sie auftreten. Doch berechtigt hiezu einigermassen der Umstand, dass in sehr vielen Fällen die Lähmung das einzige zunächst in die Augen fallende Symptom ist und sich erst nach genauester Prüfung der somatischen Erscheinungen und der psychischen Verhältnisse des Kranken eine Störung im Geistesleben als Hintergrund finden lässt. Gerade bei solchen Fällen bietet die Diagnose oft recht erhebliche Schwierigkeiten und es ist für den Arzt von grösster Wichtigkeit, den Einzelfall richtig zu beurtheilen, in dem er einzig und allein von seiner Therapie sich einen Erfolg versprechen darf, wenn er dabei den zu Grunde liegenden abnormen Geisteszustand im Auge behält und das Leiden als psychisches auffassend eine wesentlich psychische Behandlung einleitet.

Treten bei Geisteskrankheiten in engerem Sinn, also bei Störungen der höheren psychischen Functionen partielle Lähmungen, wie auch motorische Störungen anderer Art z. B. Convulsionen auf, so pflegen sie eine Complication anzuzeigen, und beruhen in der grossen Mehrzahl der Fälle auf einer anatomisch nachweisbaren Herderkrankung, welche einen Untergang von Vorstellungsganglienzellen und damit den Verlust des Erinnerungsbildes der Bewegung und folglich auch der Reproductionsfähigkeit derselben bedingen. Derartige Paralysen sind nur in geringem Grade der Therapie zugänglich. Bei einer psychischen Lähmung auf hysterischer Basis existirt das Residuum früher erworbener Bewegungsvorstellungen noch und kann früher oder später wieder vor das Bewusstsein treten. Desshalb ist die Prognose bei solchen Paralysen eine günstigere. Da die Hysterie als eine ausschliesslich psychische Krankheit aufgefasst werden muss, so kann man die dabei vorkommenden Lähmungen mit vollem Recht als psychische bezeichnen. Diese Benennung hat den Vorzug, über das Wesen der Erscheinung Nachricht zu geben, während der Name einer hysterischen Lähmung ein Verkennen des Hauptkriteriums derselben nicht ausschliesst, da noch vielfach irrthümliche Ansichten über den Sitz der Hysterie verbreitet sind.

Man hat die Hysterie den Proteus unter den Krankheiten genannt, da die dabei beobachteten Störungen die allermannigfachsten Formen annehmen und fast alle Körpertheile und ihre Functionen betreffen können. Vielfach hat man desshalb auch geglaubt, die Hysterie als eine Krankheit ansehen zu müssen, welche das gesammte Nervensystem befallen und sich das einemal im Gebiet dieses, das anderemal im Gebiet jenes Nerven localisiren könne. Gerade die bunte Mannigfaltigkeit der Erscheinungen aber, und ihre ausserordentliche Veränderlichkeit machen eine allgemeine Neurose des peripheren Nervensystems zum Mindesten unwahrscheinlich. Zudem verlangt der enorme Einfluss, welchen seelische Vorgänge auf die Aeusserungen der Hysterie haben, die Annahme, dass die Krankheit in einer Störung centraler Functionen beruhe, welche vorzugsweise ins Gebiet des Gemüthslebens fallen. Sämmtliche Symptome der Hysterie sind psychischer Natur, mögen sie als abnorme Steigerung der Functionen, wie Hyperästhesie und Krämpfe oder als Hemmungserscheinungen imponiren, wie Anästhesie und Lähmung.

Leicht können hysterische Paralysen, besonders wenn keine anderweitigen auffallenden Symptome auf ein psychisches Leiden hindeuten, somatische Erkrankungen vortäuschen. Wer irregeleitet durch den ersten Anschein und eine flüchtige Untersuchung eine schnellfertige Diagnose auf ein körperliches Leiden stellt, kann sich der gröbsten Missgriffe und Fehler in der Therapie schuldig machen. Nicht nur darf ein Arzt, welcher etwa seinem Kranken von dem Vorhandensein eines Rückenmark- oder Gehirnleidens spricht, sich keinen sicheren Erfolg von seiner Behandlung versprechen, weil er selbst und mit ihm der Kranke nicht von der Möglichkeit eines solchen überzeugt ist, er riskirt auch, dass eine plötzliche, auf eine zufällige moralische Erschütterung hin erfolgende Heilung seine Diagnose vor aller Welt Lügen straft.

Von noch schlimmeren Folgen kann es für den Kranken sein, wenn der Arzt tälschlicherweise glaubt, eine periphere Erkrankung vor sich zu haben und desshalb nicht nur die richtige Therapie unterlässt, sondern sich sogar zu unzweckmässigem activen Einschreiten hinreissen lässt. Namentlich ist so etwas zu fürchten, wenn Contracturen oder Gelenkschmerzen die Lähmung begleiten und auf den ersten Anblick wohl für ein chirurgisches Leiden imponiren können. Nur zu oft schon ist durch operationslustige Aerzte Unheil gestiftet worden, weil sie nicht alle Einzelheiten des Falles abzuwägen und eine rein functionelle Störung von einer Organerkrankung zu unterscheiden wussten. Häufig genug sind es freilich die Kranken selbst, welche zur Operation drängen, indem sie in Unkenntniss des psychischen Ursprungs ihres Leidens dasselbe als körperliches auffassen. So hat man schon bei hysterischen Contracturen Nerven und Sehnen durchschnitten, ja sogar Amputationen und Resectionen vorgenommen, und ich kann aus eigener Anschauung über einen derartigen Fall von Schultergelenkresection und späterer Exarticulation des ganzen Armes wegen hysterischer Lähmung berichten.

Bei einem 16 jährigen Mädchen war nach zweimaligem kurz nach einander erfolgtem Bruch des rechten Oberarmes im Verlauf eines Jahres Lähmung und Contractur der betreffenden Extremität verbunden mit heftigen Schmerzen aufgetreten. Die Contracturen waren so hochgradig, dass sich die Nägel in die

Hohlhand eingebohrt hatten. An Nerven und Gelenken war weiter Nichts abnormes nachzuweisen. Die Diagnose lautete auf hysterische Lähmung, trotzdem scheinbar die Aetiologie für ein chirurgisches Leiden sprach; ein durch psychische Behandlung in der medicinischen Klinik in Tübingen errungener Erfolg hat diese Diagnose vollständig bestätigt. Leider aber wurde die Kranke rückfällig. Da grosse Schmerzhaftigkeit im Schultergelenk sich wieder einstellte, wurde auf Drängen der Verwandten der Kranken hin anderwärts die Resection des Humeruskopfes vorgenommen: es fanden sich durchaus normale Gelenkflächen. Der nächste Erfolg war, dass die Kranke wieder Vorderarm, Hand und Finger ziemlich schmerzlos bewegen konnte. Aber die Lähmung und Contractur kehrte nach einiger Zeit wieder, wich jedoch abermals einer psychischen Behandlung in der Tübinger Klinik. Ich habe die Kranke seitdem aus den Augen verloren, jedoch späterhin gehört, dass etwa ein Jahr nach jener letzten Heilung der Arm in der Schulter exarticulirt worden ist.

Derartige Vorkommnisse sprechen mit überzeugender Kraft dafür, dass jeder Arzt fähig sein soll, psychische Affectionen von ähnlichen körperlichen zu unterscheiden. Handelt es sich auch nicht immer um die Frage einer Amputation oder Resection, so wird doch häufig eine unzweckmässige innere oder äussere Behandlung eingeleitet, die dem Kranken im besten Falle nicht viel schadet, aber auch Nichts nützt. Aus einer richtigen Beurtheilung des ganzen Krankheitsbildes aber würde sich von selbst die passende Therapie ergeben, nämlich eine solche, welche auf Hebung der letzten Ursache der somatischen Erscheinungen, auf Beseitigung der psychischen Störung ausgeht und nicht in der Minderzahl der Fälle wäre auf einen sicheren Erfolg zu hoffen.

Es ist desshalb gewiss nicht ohne Werth, die diagnostischen Hilfsmittel zusammen zu stellen, welche zur Erkenntniss einer psychischen Lähmung im Allgemeinen zu Gebote stehen und die wichtigsten Formen solcher Paralysen in Kürze zu beleuchten, um an der Hand dieser Beispiele dem Wesen der hysterischen Lähmung näher zu treten.

Zuweilen lässt sich eine psychische Lähmung ohne Weiteres als solche erkennen, indem nur die Bewegungsfähigkeit gewisser Muskelgruppen in Bezug auf bestimmte Functionen aufgehoben ist, bei anderen Bewegungscombinationen vermögen sie sich noch ganz gut und kräftig zu contrahiren. Es liegt auf der Hand, dass derartige functionelle Lähmungen nicht in einer Störung in den motorischen Ganglienzellen und Bahnen selbst ihren Grund haben können, sondern dass ihr Sitz viel höher im Centralorgan zu suchen ist. Es kann die betreffende Bewegung nicht mehr vorgestellt oder nicht mehr gewollt werden. Sehr häufig nimmt, um ein Beispiel anzuführen, die hysterische Paraplegie die Form einer derartigen rein functionellen Lähmung an und es zeigt sich dabei das Charakteristische einer solchen auf's Deutlichste: Die Kranken vermögen im Bett noch die Beine so energisch zu beugen und zu strecken, dass man vergebens versucht, die Bewegung durch Gegendruck zu hindern. Die Kraft, welche dabei entfaltet wird, sollte jedenfalls genügen, um die Gelenke gegen einander zu fixiren und wenigstens ein freies Stehen zu ermöglichen. Fordert man die Kranken aber auf, aus dem Bette zu steigen, so ist die gewöhnliche Antwort, dass dies unmöglich sei. Ist man ihnen hiezu behilflich, so sieht man sie kraftlos zusammenbrechen, wenn kaum die Zehen den Boden berührt haben. Erheblich schwieriger wird die Diagnose, wenn die Motilität in gewissen Muskelgebieten ganz aufgehoben ist. Es ist dann danach zu forschen, ob nicht andere von den gleichen Nerven versorgte Muskeln noch functionsfähig sind; ob Störungen der Sensibilität vorhanden sind und ob dieselben den Ausbreitungen des fraglichen Nerven entsprechen. Der Mangel trophischer Störungen bei einigermaassen längerer Dauer der Affection lässt eine peripherische Lähmung mit Sicherheit ausschliessen; nur nach sehr langer Bewegungslosigkeit kann Atrophie der Muskeln durch Nichtgebrauch eintreten; die noch vorhandenen Muskelbündel reagiren jedoch dabei in normaler Weise auf elektrische Reize. — Gewisse psychische Lähmungen pflegen anatomisch begründeten Gehirn- und Rückenmarksleiden sehr ähnlich zu sehen, aber zu keinem ihrer gewöhnlichen Krankheitsbilder vollständig zu passen. Eine solche Krankheit mit Wahrscheinlichkeit auszuschliessen erlaubt häufig schon die Anamnese. Zuweilen aber bedarf es einer längeren Beobachtung und einer umsichtigen Abwägung der Detailerscheinungen.

Nicht selten kommen Contracturen vor, welche durch ihre Anordnung und Ausdehnung, durch ihr Verhalten während der Chloroformnarkose als auf nicht peripherischen Ursachen beruhend bekannt werden können. Sie von Contracturen bei centralen Herderkrankungen zu unterscheiden, gestattet oft häufig ein Wechsel in ihrer Intensität, indem sie bei plötzlichen gemüthlichen Erregungen nachlassen oder auch zunehmen können. Ein Wechsel der Erscheinungen ist überhaupt ein fast charakteristisches Zeichen für psychische Lähmungen. Ein Fehlen solcher Veränderlichkeit aber nöthigt noch nicht zur Annahme einer auf anatomisch nachweisbaren Veränderungen beruhenden Krankheit und zum Ausschluss eines psychischen Leidens. Manche hysterische Lähmungen können Monate lang stationär bleiben und namentlich hat man den Erscheinungen der Hysterie bei Männern mehr Constanz zugeschrieben als bei Weibern (Charcot). Dass aber die Symptome häufiger unbeständig sind, ist nicht unverständlich, wenn man bedenkt, wie sehr schon normaler Weise Qualität und Quantität des Wollens und Handelns von der jeweiligen gemüthlichen Verfassung abhängt. Ein gewisser unbewusster Einfluss des psychischen Lebens macht sich jederzeit im System der willkürlichen Muskeln geltend. Davon geben Zeugniss Körperhaltung, Physiognomie und Geberde, die vielen Modulationen der Stimme und Sprache; sie alle wechseln ja mit seelischen Vorgängen. Wer wie die Hysterischen gemüthlich schlecht equilibrirt ist, bei dem kann schon einmal ein plötzlich einstürmender oder auch ein langsam wirkender psychischer Einfluss eine wirkliche Lähmung in diesem oder jenem Muskelgebiet zur Folge haben, über deren letzte Entstehungsursache der Kranke sich selbst keine Rechenschaft zu geben weiss und welche in gleicher Weise wieder verschwinden kann.

Ist es ein Zufall, dass gerade die häufigste psychische Lähmung, die Stimmbandlähmung Muskeln betrifft, deren Function schon in physiologischer Weise durch gemüthliche Vorgänge so sehr beeinflusst wird? Jeder Wechsel der Gemüthsstimmung gibt sich in einer Veränderung der Stimme kund. Freilich kann man lernen, derselben entgegenzuwirken. Im Affecte aber, wenn der Mensch nicht mehr überlegt, sondern sich allein von den auftauchenden Vorstellungen leiten lässt, ist er auch nicht mehr Herr über seine Stimme. Er vermag dieselbe im höchsten Zorn nicht mehr zu mässigen, oder seine Niedergeschlagenheit kann soweit gehen, dass er nimmer die moralische Kraft hat, seine Stimme über ein flüsterndes Hauchen zu erheben. Die hysterische Aphonie muss auf eine Störung im Gemüthsleben zurückgeführt werden, deren letzte Ursache dem Arzte, vielleicht mehr aber noch dem Kranken selbst entgeht, indem dieselbe in der nicht klar bewussten Sphäre der niederen psychischen Functionen liegt. Die nicht der Intonation dienenden Bewegungen der Stimmbänder, namentlich die respiratorischen, pflegen in durchaus normaler Weise zu erfolgen; und die laryngoskopische Untersuchung zeigt keine abnorme anatomische Veränderung im Kehlkopf, nur schliessen die Stimmbänder bei der Intonation nicht ganz, während dies beim Husten zuweilen noch geschieht. Ein so landläufiges Leiden die psychische Aphonie ist, so dankbar zeigt sie sich für die Behandlung. Meist genügt schon die erste Application eines einigermaassen starken Inductionsstromes in

der Kehlkopfgegend, um die Stimme wiederkehren zu machen. Viele Aerzte sind deshalb der Ansicht gewesen, dass der Einfluss der Elektricität auf die Kehlkopfnerven selbst das wirksame sei; allein man kann des elektrischen Stromes ganz entbehren, es genügt zuweilen, wenn der Kranke von der Wirksamkeit des Eingriffs zum Voraus überzeugt ist, die Elektroden ohne Strom rasch aufzusetzen, um sofort lauten Ausruf hervorzubringen. Auch bei der intralaryngealen Behandlung ist nicht die Electricität oder die Anwendung von Medicamenten die directe Ursache des Erfolges, sondern der durch den Eingriff ausgeübte psychische Effect und zuweilen kehrt bei der ersten laryngoskopischen Untersuchung die Stimme wieder. Häufig kann man dies namentlich bei Kindern beobachten, denn auch bei solchen, sowohl Knaben als Mädchen, ist die hysterische Stimmbandlähmung durchaus nicht selten. Die kleinen Kranken mögen in der Anwendung des Kehlkopfspiegels eine schmerzhafte Operation erwarten: während sie sich gegen die Einführung desselben sträuben, brechen sie plötzlich in lautes Schreien aus. Bei Erwachsenen genügt oft ein stärkerer seitlicher Druck auf den Kehlkopf, wohin von den Kranken der Sitz der Affection verlegt wird. Nicht aber wird durch die Compression des Kehlkopfes die Action der Glottisschliesser unterstützt und die Stimmbänder sich gegenseitig genähert wie man schon hat annehmen wollen, denn wirksam ist auch ein Druck weiter nach hinten in der seitlichen Halsgegend, dort wo hinter dem Musculus Sternocleidomastoideus Nerven an die Oberfläche treten, sofern derselbe nur stark genug ist, um Schmerz und damit einen psychischen Effect zu erzeugen. Bedingung dabei ist, dass die Kranken in dem Verfahren einen therapeutischen Eingriff vermuthen; grobe Misshandlung allein würde schwerlich zum Ziele führen.

Leider bleibt nur in wenigen Fällen das so schnell errungene Resultat von Dauer; häufig kehrt schon nach einigen Stunden die Aphonie wieder und verlangt erneute Anwendung des Inductionsstromes, welche von ebenso prompter Wirkung begleitet zu sein pflegt. Doch darf man sich auf die Faradisation nicht allein verlassen. Es liegt die Gefahr nahe, dass die Kranken auf seine Wirkung bauend, sich nicht die nöthige Mühe geben. Der Arzt muss ihnen in überzeugender Weise darlegen, dass nur dann die Stimme erhalten bleiben kann, wenn sie ihre ganze Willenskraft aufbieten. Freilich fällt dies den Kranken im Anfang schwer genug. Zuerst kürzer, dann länger dauerndes lautes und langathmiges Zählen, Lesen oder Singen, wobei die Stimmritze eng geschlossen werden muss, helfen das Resultat vervollkommnen. Namentlich gilt dies vom Singen, das mehr Anstrengung erfordert als Sprechen. Solche methodische Uebungen haben noch den Vortheil, dass die Patienten sich selbst von dem Erfolg überzeugen können, welchen sie durch eigene Leistung täglich erringen, so dass sie dadurch zu noch grösseren Leistungen angefeuert werden.

Nicht so alltäglich wie die Kehlkopfmuskeln, aber nach ihnen wohl am häufigsten werden beide Unterextremitäten von psychischer Lähmung betroffen. Wieder kommen dabei, wie bei der hysterischen Aphonie Muskelgruppen in Betracht, welche schon physiologischer Weise in ihren Functionen sehr durch psychische Vorgänge beeinflusst werden. Gefühle von körperlichem Wohlbefinden oder von Kranksein, starke Affecte machen sich in der Haltung beim Stehen und Gehen sehr bemerklich. Jedermann weiss, dass stärkere Gemüthsbewegung häufig von Schwächegefühl und Unsicherheit in den Beinen begleitet ist, die soweit gehen können, dass der betreffende überhaupt nicht mehr im Stande ist sich aufrecht zu halten. Was als vorübergehende Parese normaler Weise vorkommt, das mag bei praedisponirten Individuen sich zur wirklichen Paralyse steigern und dauernd bleiben. Namentlich mag dies für gewisse Fälle von Paraplegie nach Sturz, nach Unglücksfällen aller Art gelten. Gewisse durch das Trauma angeregte Vorstellungsreihen mögen hiebei nicht zum geringsten Theile mitwirken. Aber gerade wenn ein Trauma vorhergegangen ist, liegt die Versuchung nahe, eine anatomisch begründete Störung anzunehmen. Die psychische Lähmung beider Beine kann bei nicht eingehender Untersuchung eine durch transversale Myelitis hervorgerufene Paraplegie vortäuschen, namentlich wenn man auf die so vielfältig geklagten Rückenschmerzen zuviel Gewicht legt. Die Befürchtung eines schweren Rückenmarkleidens, die man nach der Schilderung der Angehörigen des Kranken wohl hat bekommen können, bewahrheitet sich aber häufig genug nicht, sobald man eine nähere Functionsprüfung der gelähmten Unterextremitäten vornimmt. Es stellt sich heraus, dass ihre Bewegungsfähigkeit nur was Stehen und Gehen, oder vielleicht nur das letztere betrifft, aufgehoben ist, und damit ist natürlich der psychische Ursprung erwiesen. Kranke, welche wohl unsicher stehen, aber nicht gehen können, kann man hiezu zuweilen veranlassen, indem man sie unvermuthet an der Hand fasst und mit sich fortzieht. Es kann jedoch auch jede active Bewegung der Beine unmöglich sein. Meist ist dann neben der Lähmung noch Contractur vorhanden, welche die Beine in Extensions- und Adductionsstellung fixirt, so dass ganz das Bild einer vorgeschrittenen Lateralsklerose entstehen kann. Dass dabei die Seitenstränge des Rückenmarks betheiligt seien, daran ist nicht zu denken. Die auf einen Sectionsbefund gestützte Ansicht Charcot's, dass sich in Folge einer lang dauernden hysterischen Paraplegie eine Lateralsklerose soll entwickeln können, wird von den Meisten wohl mit Recht nicht getheilt. Es wird sich eben in jenem Fall um eine Complication dieser Krankheit mit Hysterie gehandelt haben. Da bei Hysterischen die Patellarreflexe nicht so selten erhöht gefunden werden (auch Fussclonus konnte ich bei solchen schon produciren), so kann das Krankheitsbild dem durch Leitungsunterbrechung in den Seitensträngen bedingten, sei es durch Sklerose oder Myelitis, allerdings sehr ähnlich werden. Eine allgemeine Differentialdiagnose dafür aufzustellen, ist bei den Unregelmässigkeiten der psychischen Lähmungen nicht möglich. Eine Seitenstrangsklerose auszuschliessen, wird meist die Anamnese erlauben. Begleitet Anästhesie die hysterische Paraplegie, so pflegt sie in Intensität und Anordnung sich anders zu verhalten als bei Myelitis transversa, indem sie meist nur die Beine und nicht auch die untern Partien des Rumpfes betrifft. Die Anästhesie richtet sich dabei durchaus nicht nach der Vertheilung der Hautnerven, sondern nach äusseren anatomischen Verhältnissen, folgt z. B. der Schenkelbeuge, dem Hüftbein, dem Kreuzbein, wie überhaupt die hysterische Anästhesie nach der Gliederung der Extremitäten angeordnet zu sein pflegt. Es scheint dies darauf hinzudeuten, dass die hysterische Anästhesie durch Vortellungen bedingt ist. (cf. die Abbildungen bei Charcot, maladies nerveuses Vol. III). — Die Frage, ob nicht tabetische Anästhesie vorliege, wird wohl nie eine praktische werden. Erwähnt sei hier beiläufig, dass wir kürzlich einen Kranken, der an hysterischer Anästhesie einer Unterextremität ohne Lähmung litt, ohne Schwanken bei geschlossenen Augen auf dem kranken Beine stehen sahen. Es kommt aber auch umgekehrt vor, dass Hysterische, welche sicher stehen mit offenen Augen und keine Anästhesie zeigen, stark schwanken sobald sie die Augen schliessen, und zwar auch dann noch, wenn man ihnen zur Orientirung einen Finger reicht. — Blase und Mastdarm werden nur in seltenen Fällen bei psychischer Paraplegie mitbetroffen; ferner fehlen selbst bei langer Dauer schwere trophische Störungen, wie Decubitus. Die sichersten Merkmale sind in schwierigen Fällen aus einem Wechsel der Erscheinungen zu entnehmen, welchen wir schon vorhin als nahezu charakteristisches Zeichen für den psychischen Ursprung einer Lähmung erkannt haben.

Zur Heilung ist erstes, unbedingtes Erforderniss, dass der Kranke wirklich gesund werden will und an die Möglichkeit einer Genesung glaubt. Deshalb muss vor allem jene so häufige Furcht vor einem Rückenmarksleiden bekämpft werden, die bei den Kranken von selbst entstanden oder ihnen von Andern, zuweilen sogar von Aerzten eingegeben wurde. So war bei einer Kranken der medicinischen Klinik, welche nach einem Sturz aus 20 Fuss Höhe paraplegisch geworden war, drei Jahre lang jede Therapie erfolglos geblieben, denn bald nach dem Unglücksfall war vom Arzte erklärt worden, dass eine Verletzung des Rückenmarks vorliege. Es wurde nun der Kranken nach genauester Untersuchung versichert, dass das Rückenmark nicht betheiligt sei und alles wieder gut werden könne. Darauf hin hatte die erste Anwendung des Inductionsstromes den Erfolg, dass sie sofort wieder gehen konnte ohne jede Unterstützung. — Doch hüte man sich ja, in das Gegentheil zu verfallen und den Kranken zu sagen, dass ihr Leiden ein Hirngespinnst ohne Hintergrund sei und auf Einbildung beruhe. Der Kranke würde zum Schlusse kommen, sein Leiden werde verkannt. Er würde dann bezüglich seines psychischen Zustandes verschlimmert den Arzt verlassen, bei dem er Hilfe, oft auch nur Trost zu finden gehofft hatte. Um zu einem definitiven Urtheil über die Krankheit berechtigt zu erscheinen, ist es am Platze, den Patienten wiederholt, eventuell in Consultation mit einem andern Arzt auf das Genaueste zu untersuchen und womöglich längere Zeit zu beobachten. Dann muss ihm gesagt werden, dass der Arzt wohl dem Kranken den Weg zur Genesung zeigen, nicht aber für ihn gehen könne, und dass hiezu seine ganze Energie erforderlich sein werde.

Nur in einzelnen Fällen mag es einem Arzte gelingen, wenn er für eine Autorität gilt und als solche consultirt wurde, eine bis dahin bettlägerige Hysterische zum Stehen und Gehen zu bringen durch die Versicherung, dass kein schweres Organleiden vorliege und sie gehen könne, wenn sie alle Kraft aufbiete. Auch durch Strenge oder einen Machtspruch vermag der Arzt nur unter Umständen und bei entsprechender Geistesrichtung der Kranken bei seiner ersten Consultation Wunder zu thun und Lahme gehend zu machen. Ein Beispiel hiefür gibt die Geschichte eines Mädchens ab, das im Kloster erzogen wurde und angeblich an einem Rückenmarksleiden rasch erkrankte. Den hinzugezogenen Arzt liess schon die Schilderung, welche die Priorin von dem Fall gab, eine hysterische Paraplegie vermuthen, und das Benehmen der kleinen Kranken, als sie aus dem Bette gehoben wurde, bestätigte ihm seine Diagnose. Unterstützt von zwei Nonnen, wurde ihm das Mädchen entgegengebracht. Er empfing es mit den Worten: »Ich sage Dir, mein Kind, nimm Dein Bett und wandle.« Man denke sich das ehrfurchtsvolle Staunen der frommen Schwestern, als das Kind, welches allgemein für unheilbar gegolten hatte, dem Befehl sofort nachkommen konnte (Charcot). Im Allgemeinen aber dürfte der Versuch nicht räthlich sein mit solchen Machtsprüchen, in welche Form sie immer eingekleidet sein mögen, Wunder thun zu wollen. Denn entspricht der Erfolg der Inscenirung nicht, so verliert der Arzt vollständig das Vertrauen des Kranken und der Heilung ist ein weiteres grosses Hinderniss in den Weg gelegt. Viel sicherer ist eine langsam vorbereitende Methode. Zuletzt wird es aber fast immer nöthig sein, durch eine imponirende Einwirkung dem Kranken über das psychische Hemmniss vollends hinweg zu helfen, das ihm Bewegungen unmöglich machte, welche auszuführen er zwar wünschen, aber nicht wirklich wollen konnte. Welcher Art die Beeinflussung ist, bleibt sich ziemlich gleich, im Allgemeinen je energischer, um so sicherer wirkend. Der psychische Effect ist dabei die Hauptsache, wie jene durch Affecte allein erfolgte Heilungen von Paralysen beweisen: so erlangte ein lange Zeit paraplegischer Kaufmann plötzlich den Gebrauch seiner Beine wieder, als ihm die Nachricht von der Flucht seines Cassiers überbracht wurde. Für die Therapie aber lässt sich die Erregung von Affecten nur da und dort einmal anwenden; ihre Stärke und Wirkung kann eben nicht zum Voraus sicher berechnet werden und zuweilen haben sie auch Verschlimmerung des Leidens zur Folge. Dagegen kann man durch Einwirkung auf die körperlichen Gefühle psychische Erregungen von genügender Stärke nach Belieben hervorbringen. Solche somatische Einwirkungen erhalten noch erhöhten Werth dadurch, dass die Kranken, welchen der centrale Ursprung ihres Leidens durchaus entgeht, sich dasselbe als körperliches vorstellen und hauptsächlich von einer körperlichen Einwirkung glauben sie sich etwas versprechen zu dürfen. Da ist nun der Inductionsstrom ein ausgezeichnetes Mittel. Von Vortheil ist es, wenn mehrere Aerzte anwesend sind bei der ersten Application des Inductionsstromes, indem dadurch die ganze Procedur für den Kranken als etwas Aussergewöhnliches, Hochwichtiges erscheint. Wo man die Elektroden aufsetzt, ist im Ganzen gleichgültig, am besten so, dass der Strom in voller Stärke auf die Nerven des gelähmten Gliedes einwirken kann, also z. B. bei Paraplegie in beide Kniekehlen. Man darf sich aber nicht vorstellen, dass hiebei die Einwirkung des Stromes auf die motorischen Fasern des Nerven das Verschwinden der Lähmung bedingt. Die Erregung derselben kommt vielleicht nur insofern in Betracht, als die Kranken sich durch Augenschein überzeugen, dass ihre Glieder, welche sich unter der tetanisirenden Wirkung des Stromes kräftig strecken, nicht so kraftlos sind, wie sie glaubten. Die Faradisation wirkt hauptsächlich durch Vermittelung der sensibeln Fasern, denn auch eine nur die Hautnerven erregende elektrische Pinselung thut dieselben Dienste. Der heftige Schmerz übernimmt die Rolle eines Affectes und steigert die psychische Energie zu dem Maasse, dass die Hemmung überwunden werden kann, und der Kranke wieder motorisch frei wird.

Ein Erfolg bleibt übrigens doch zuweilen aus, namentlich in Fällen wo Electricität schon früher in verkehrter Weise angewandt wurde, z. B. zu einer Zeit wo die Kranken noch unter dem Banne des Glaubens an eine Rückenmarkskrankheit standen. Aber auch wenn solche ungünstige Antecedentien nicht vorhanden sind, erreicht man doch häufig genug nicht sofort die volle Gebrauchsfähigkeit der Glieder wieder und man muss sich begnügen, wenn die Kranken zunächst nur einen Moment wieder stehen können. Es mag ja anfangs in der That eine gewisse Schwäche der lange unthätig gewesenen Extremitäten noch vorhanden sein Methodische Gehübungen, welche man anstellen lässt, dienen einerseits zur Stärkung der Muskeln, andererseits aber sind sie fast unentbehrlich, indem nur auf solche Weise Rückfällen vorgebeugt werden kann. Die Kranken werden gezwungen, gegen etwaige sich wieder einstellende Gefühle von Unlust und Unvermögen anzukämpfen und streben schliesslich mit wirklichem Eifer dem vorgesteckten Ziele zu, namentlich wenn man nach ihrer eigenen Bestimmung den täglichen Leistungszuwachs festgesetzt hat und damit, ausser an ihre Willensstärke noch an ihr Ehrgefühl appellirt, indem sie das, was sie sich selbst zugetraut haben, auch wirklich leisten zu müssen glauben. Machen die Kranken Fortschritte, so versäume man ja nicht, solche anzuerkennen. Zuweilen kann es nöthig werden, durch erneutes Electrisiren und strenges Zureden, den Schwankenden wieder aufzuhelfen. Niemals darf der Arzt selbst Unsicherheit zeigen und von dem einmal festgestellten Heilplan abweichen. Eine zweckmässig geleitete Hydrotherapie, welche einerseits die Resistenzfähigkeit der Kranken erhöht und ihr körperliches Befinden hebt, andererseits an ihre Ausdauer und Selbstbeherrschung Anforderungen stellt, trägt wesentlich zur Festigung des Erfolges bei. (Schluss folgt.)

Aus der k. Universitäts-Frauenklinik in München.

Ein Fall von primärem periurethralem Carcinom des Weibes.

Von Dr. *E. Lester.*

(Vortrag, gehalten in der gynäkologischen Gesellschaft in München am 25. Januar 1889.)

Die Neubildungen der weiblichen Harnröhre werden nach Winckel eingetheilt:

I. in solche, bei denen die Papillarkörper betheiligt sind, sind ohne besonders starke Getässentwickelung — Condylome,

II. solche, bei denen die Drüsen erkrankt, resp. vergrössert — Retentionscysten, Myxadenome und Schleimhautpolypen,

III. solche, bei denen das Bindegewebe erkrankt ist — Fibrome und Sarcome,

IV. solche, bei denen die Gefässe erkrankt sind — Angiome, Varicen, Phlebektasien und erectile Tumoren,

V. solche, bei denen das Epithel oder die Drüsen betheiligt sind — Epitheliome und Carcinome.

Von dieser letzten Gruppe kann ich Ihnen, meine Herren, in Folge gütiger Erlaubniss des Herrn Professor Winckel, einen Fall vorstellen. Doch ehe wir zu diesem vorschreiten, sei es mir gegönnt, in Kürze die Literatur dieser Fälle zu erwähnen, welche insgesammt in Winckel's Pathologie der weiblichen Sexualorgane zu finden sind. Insgesammt, da es mir nicht gelang, in der deutschen, französischen, englischen und amerikanischen Literatur des letzten Jahres einen neuen Fall zu finden.

Warum erkrankt die weibliche Harnröhre so selten carcinomatös? Ist es, weil durch ihre Function sie so selten Insulten ausgesetzt ist, ist es durch ihre histologische Beschaffenheit, bei ihrem derben Pflasterepithel, dem geringen Drüsengewebe? Aus der Arbeit von Schustler[1]) ist es interessant zu lernen, dass auch die männliche Harnröhre ungemein selten primär carcinomatös erkrankt.

Secundär erkrankte sie nach Gusserow 56 mal in 311 Fällen von Uterus-Carcinom, zu 128 mal der Blase. Ausser den eigentlichen primären Carcinomen der weiblichen Harnröhre sind in der Literatur noch einzelne Fälle von periurethralem Carcinom beschrieben, bei welchen die Erkrankung primär in den die Urethra umgebenden Gewebstheilen entstand und erst secundär auf die Harnröhrenschleimhaut übergriff.

Melchiori beschrieb 4 solcher Fälle von periurethraler Abstammung, welche erst als Knötchen, im Vorhof der Vulva ihre Erscheinung machten, dicht in der Nähe der Harnröhre; dann das Zellgewebe längs der Urethra verdickten und erst später die Schleimhaut der Urethra exulcerirten. Das Knötchen war anfangs hart, nicht ulcerirt, wenig oder gar nicht schmerzhaft auf Druck, aber zuweilen der Sitz von lancinirenden Schmerzen.

Die Verbreitung des Krebses wurde von ihm und Riberi in drei Stadien getheilt.

Im ersten Stadium dringt der Krebs 12—15 mm in die Tiefe, nicht bis über die halbe Länge der Urethra.

Im zweiten Stadium bis zur Beckenfascie und Blasenhals.

Im dritten Stadium überschreitet er die Symphysis und Rami descendentes Pubis und breitet sich über das jenseitige Zellgewebe und den Blasenhals aus.

Um nun einen Ueberblick über die Fälle zu gewinnen, gebe ich eine möglichst kurze Beschreibung derselben.

I. Fall (Melchiori), 49 jährige Patientin, seit zwei Monaten an lancinirenden Schmerzen an der Vulva leidend, zeigt eine haselnussgrosse Geschwulst, rechts der Harnröhre, Verbreitung im I. Stadium. Operirt. Keine Recidive in 6 Jahren.

[1]) Wiener medicinische Wochenschrift Nr. 5 u. 6. 1881.

II. Fall (Melchiori), 49 jährige Patientin, seit zwei Monaten an heftigen Schmerzen und Urindrang leidend, zeigt eine periurethrale Geschwulst, im II. Stadium verbreitet. Operation ausgeschlagen. Tod in 4 Monaten.

III. Fall (Melchiori), 51 jährige Patientin, seit zwei Jahren leidend, zeigt eine hühnereigrosse periurethrale Geschwulst, im III. Stadium verbreitet. Therapie paliativ.

IV. Fall (Melchiori), 65 jährige Patientin, leidend seit drei Jahren, zeigt eine halbtaubeneigrosse, ulcerirte, in die Tiefe gehende, periurethrale Geschwulst, im II. Stadium verbreitet. Operirt. Recidive in sechs Monaten.

V. Fall (Riberi), 58 jährige Patientin, litt in der Kindheit, im elften Jahre, an Leucorrhea und damals zeigte sich eine kleine Geschwulst, wenig schmerzhaft, im Meatus urinarius. Seit einem halben Jahre litt sie an lancinirenden Schmerzen, Blutungen und Beschwerden beim Uriniren. Etwa 5 Monate später bemerkte sie das Hervortreten einer Geschwulst aus der Harnröhre. Sie soll dann mehrere Male operirt worden sein. Bei ihrer Aufnahme fand sich ein haselnussgrosser, exulcerirter Tumor um das Ostium der Urethra. Die Geschwürsfläche dehnte sich bis weit in die Urethra aus und auf die Scheidenwand fort. Der Boden des Geschwüres war zerklüftet, die Umgebung infiltrirt, hart. Verbreitung im III. Stadium. Therapie palliativ.

VII. Fall (Thomas), 29 jährige Patientin. Gestieltes Carcinom der weiblichen Urethra. Galvanocaustisch entfernt.

VIII. Fall (Winckel), 58 jährige Patientin. Erste Menstruation im 19. Jahre. Menopause im 47. Jahre. Achtmal — ohne Kunsthülfe — entbunden. Seit einigen Jahren Kreuzschmerzen. Defäcation mitunter erschwert. Bei Aufnahme schien die Urethralmündung zu einem kraterförmigen Ulcus erweitert, die Ränder infiltrirt; die ganze Harnröhre bis zum inneren Orificium verdickt. Blase intact. Verbreitung im II. Stadium. Operirt.

IX. Fall (Winckel), 36 jährige Patientin. Im 21. Jahre bekam sie ihre Menses zuerst. Hat 6 mal ohne Kunsthülfe geboren. Soll von einer Geschwulst an ihren Genitalien durch Abbinden befreit worden sein. Zwei Jahre darauf klagte sie abwechselnd über Harnbeschwerden. Bei Aufnahme ist die Harnröhre und der Blasenhals verdickt, indurirt, das Orificium urethrae zerklüftet, dilatirt und eine bräunliche übelriechende Masse entleerend. Ausserdem existirt eine Urethrovaginalfistel und secundäre Affection der Blase. Verbreitung im III. Stadium. Therapie palliativ. $1^1/_2$ Jahre nach den ersten Symptomen erlag sie ihrem Leiden.

Zu diesen neun Fällen erlaube ich mir, den jetzt sich in der Klinik befindenden zu addiren.

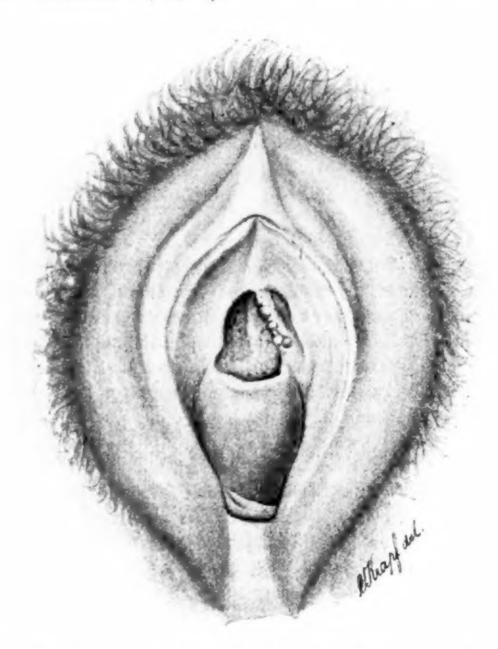
X. Fall (Winckel), 43 jährige Patientin. Vater starb an den Folgen einer Brucheinklemmung, Mutter — vor 21 Jahren — an Uteruscarcinom. Von 13 Geschwistern leben 4 und sind gesund, 9 starben als Kinder. Sie selbst ist das zweite Kind. Will nie Kinderkrankheiten durchgemacht haben. Im 17. Jahre hatte sie die erste Periode, sehr stark, dauerte 8 Tage und kehrte in 4 Wochen wieder. Blieb regelmässig. Vor 4 Jahren trat bereits die Menopause ein. Im 21. Jahre gebar sie ein ausgetragenes Kind, welches spontan und leicht geboren wurde, aber sofort nach der Geburt starb.

Im 27. Jahre will sie das erste Mal krank gewesen sein; damals litt sie an heftigem Magenschmerz, besonders während des Essens, darauf erfolgte Erbrechen, häufig mit geringer Quantität Blutes beigemengt. Nach 22 Wochen genas sie. Nach dieser Krankheit soll sie die Kopfhaare sehr stark verloren haben.

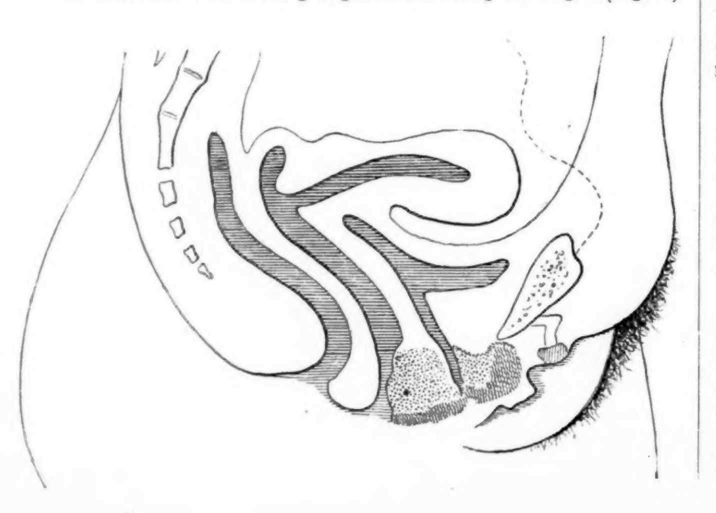
Kurz nach dem Sistiren der Menses traten zum ersten Mal Beschwerden beim Uriniren auf, welche von variabler Stärke, Dauer und Wiederkehr waren. Zu dieser Zeit und von dieser Zeit an wurde sie von lancinirenden Schmerzen geplagt, welche von den äusseren Genitalien in die unteren Extremitäten ausstrahlten und so heftig gewesen sein sollen, dass sie manchmal vom tiefsten Schlaf erweckten. Seit einem Jahre sollen diese Schmerzen constant gewesen sein, bis zur Zeit, wo ein kleines Stück, für mikroskopische Zwecke am Rande des Geschwüres, hier in der Klinik abgetragen wurde. Seit einem halben Jahre bemerkte sie ein Geschwür an der Scham, welches eitriges übelriechendes Secret absonderte und manchmal blutete.

Oft mussten vergebliche Versuche zum Uriniren gemacht werden und dieses war immer mit heftigen Schmerzen verbunden. Vor ungefähr 6 Wochen bemerkte sie eine taubeneigrosse Geschwulst an der Scham. Syphilitische Erkrankungen will sie nie gehabt haben.

Status präsens: Magere Brunette. Schlaf und Appetit gut. Ausleerung täglich. Uriniren jetzt ohne Beschwerden, jedoch Brennen dabei. Lungen und Herz normal. Magen gleichfalls. Milz und Leber ein wenig vergrössert. Bauchwand mässig straff. Sigmoidea mit Kothmassen gefüllt. Leistendrüsen nicht geschwollen. Urin normal. Aeussere Genitalien: An der hinteren Commissur befindet sich eine Narbe, die einem Dammriss zweiten Grades entspricht. Im Vestibulum ist eine welschnussgrosse, harte, bewegliche, leicht abzutastende, im Centrum zerfallene Geschwulst, welche um und gewissermassen über dem Meatus urinarius sitzt, — denn sie bedeckt denselben theilweise — das vordere Vaginalgewölbe 3—4 cm herabdrängt und den Introitus vaginae verkleinert (Fig. I).



Die Geschwulst ragt nach oben bis dicht unter den Schambogen, nach rechts bis in das Periost des aufsteigenden Astes des Os pubis, links lässt sich der Finger zwischen Geschwulst und Rami einklemmen. Um das Orificium urethrae externum ist eine dreieckige Exulceration, deren Seiten etwa $1^1/_2$ cm lang, deren Basis 1 cm breit ist, die Spitze dieses Dreieckes ist gegen die Clitoris zu gerichtet. Die Ränder sind infiltrirt, hart, unterminirt, besonders rechts. Auf der linken Seite — von oben nach unten — verläuft eine 3—4 mm breite Granulation. Rechts ist das Ulcus von einem graugelblichen Belag überzogen (Fig. II).



Aus der Scheide entleert sich eiteriger Schleim. Scheide ist weich. Nur an der oben erwähnten vorderen Scheidewand nicht. Portio steht nach hinten, 1 cm über den Sitzbeinstacheln, Uterus klein, antevertirt, gesund.

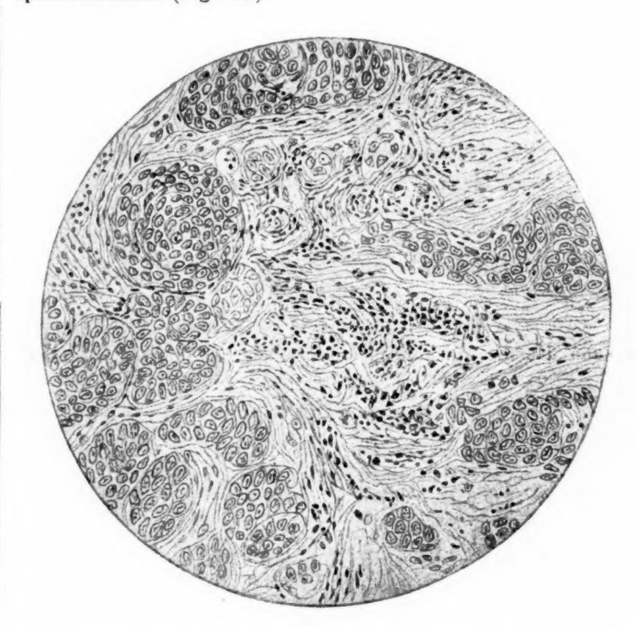
Nun noch ein paar Worte über die Behandlung dieser Fälle. Riberi operirte seinen Fall — und wenn der Krebs sich nicht in's III. Stadium verbreitet hat, ist dieses angerathen — durch Excision. Winckel operirte seinen ersten Fall gleichfalls durch Excision und mit glücklichem Erfolg.

Der heutige Fall wurde in Chloroformnarcose operirt.

Nachdem die Labien durch Häkchen auseinander gehalten waren, wurde die Geschwulst mit einer Muzeuxzange gefasst und mit dem Paquelin abgetragen, blutende Gefässe unterbunden, oder umstochen, die Wundränder, nachdem sie mit Fäden zusammengezogen waren, mit der Harnröhren-Schleimhaut übersäumt.

Die Geschwulst war nach ihrer Entfernung wallnussgross; vor und um die Urethra ist die Geschwulst kraterförmig exulcerirt. 3 cm der vorderen Scheidenwand wurden mit abgetragen, 1 cm der Urethra.

Die mikroskopische Untersuchung zeigt ein exquisites Plattenepithelcarcinom (Fig III).



Abends nach der Operation erfolgte eine Blutung, welche aber nach Einlegen eines Tampon stand.

Urin wurde nach 7 Stunden, mit dem Catheter entleert. Darauf einmal spontane neue Entleerung, dann Incontinentia. Während der Nacht dauert diese Incontinentia fort; bei Tags aber, indem sie zweistündlich die Blase entleert, kann sie den Urin halten. Jedoch beim Husten, Lachen und Gehen tritt wiederum Incontinentia ein. Hat seit der Operation keine Temperatursteigerung gezeigt.

Nach der Eintheilung von Melchiori und Riberi würde unser Fall in das II. Stadium fallen, denn an der rechten Seite erstreckte sich die Geschwulst bis dicht an den Knochen heran. Was die Aetiologie betrifft, so ist nur die Heredität, die uns in unserem Falle einen Anhaltspunkt liefert. Wegen der Seltenheit der Fälle können Gonorrhoea und sonstige Infectionen in der Aetiologie noch nicht in Betracht genommen werden.

Besonderer Erwähnung werth ist das Alter in diesen 10 Fällen, denn nur drei erkrankten vor dem 40. Jahre; 5 nach dem 50. Jahre. Die Prognose in unserem Falle wäre als eine dubiöse zu stellen, wegen der rechtsseitigen Verbreitung und besonders so, wenn es mit dem vierten Fall von Melchiori verglichen werden soll, der in 6 Monaten recidivirte. Resumé: Fälle von primärem periurethralem Carcinom beim Weibe sind

äusserst selten, obschon sie häufiger sind als primäre urethrale Carcinome.

Von primären urethralen Carcinomen im Weibe sind nur die Fälle von Bardenheuer, Thomas und Winckel bekannt, im Ganzen vier.

Ich habe mir erlaubt, in Bezug auf das Vorkommen des primären Carcinoms der weiblichen Harnröhre — denn als ein Solches hielten wir unseren Fall zuerst — bei meinem hochgeehrten Lehrer, Dr. Zemann, I. Assistent des Pathologischen Institutes zu Wien nachzufragen und derselbe antwortete mir, dass ihm ein primäres Carcinom der weiblichen Harnröhre nie vorgekommen und dass auch kein derartiges Präparat im Museum aufbewahrt ist. Fast ganz so verneinend lautet eine Antwort von Prof. Orth aus Göttingen, der auch selbst nie ein solches gesehen oder in seiner Sammlung erworben hat und welcher auch glaubt, dass nicht viele Fälle in der Literatur zu finden sein werden. Bei der grossen Seltenheit der Fälle dürfte die Mittheilung einer jeden einzelnen derartigen Krankheitsform gerechtfertigt sein.

P. S. Ein Recidiv der Geschwulst musste bereits am 9. Februar mit dem Paquelin abgetragen werden; leider gehen rechts die Knoten bereits hinter der Symphyse hinauf, so dass die Prognose schlecht ist.

Bericht über zehn von Hofrath Prof. Dr. C. Schönborn ausgeführte Thyreotomieen.

Von Dr. *F. Streiter* in Würzburg.

(Schluss.)

Wenn wir die eben besprochenen zehn in den Jahren 1880—1887 operirten Fälle in der Aufeinanderfolge, in welcher sie operirt wurden, einer näheren Betrachtung unterziehen[1], so kann uns die allmähliche Veränderung der Operationsmethode durch Prof. Schönborn — während anfänglich die Tracheotomie unmittelbar vor der Thyreotomie ausgeführt wurde, bleibt später eine grössere Spanne Zeit zwischen den beiden Operationen; die Trendelenburg'sche Tamponcanüle wird, nachdem der Verschluss durch dieselbe einmal ein mangelhafter war, so dass viel Blut in die Luftröhre gelangte, mit zwei Condoms armirt; Nähte werden in späteren Fällen keine mehr gelegt, dafür Jodoformgaze in das Larynxinnere gestopft; anfänglich wurde sofort nach der Operation die Trendelenburg'sche mit einer einfachen Tracheal-Canüle vertauscht, während später erstere bis zum folgenden Tage liegen blieb — nicht entgehen; von Fall zu Fall wird das Verfahren mehr und mehr vervollkommnet, bis sich schliesslich folgende ganz bestimmte, nunmehr an einer Reihe von Fällen bewährte Operationsmethode herausgebildet hat:

1) Die Tracheotomie ist nicht nur bei gefahrdrohenden Suffocationsanfällen auszuführen, sondern sie hat prophylaktisch als Voroperation, wenn irgend thunlich, jeder Thyreotomie vorauszugehen. Und zwar ist — besonders bei älteren Leuten — wo möglich die zwar technisch schwierigere und zeitraubendere, aber nach Einlegen der Canüle geringeren Hustenreiz bedingende Tracheot. inferior zu machen, damit die Schnitte der Vor- und Hauptoperation nicht in einander übergehen.

2) Voroperation und Hauptoperation sind, wenn nicht ganz besondere Umstände einen schnellen plötzlichen Eingriff erheischen, nie in einer Sitzung, sondern getrennt zu zwei verschiedenen Zeiten auszuführen und zwar so, dass die Tracheotomie unter gewöhnlichen Verhältnissen, d. h. wenn nicht drohende Suffocationsgefahren sie schon früher erheischen, 8 bis 10 Tage der Laryngotomie vorauszugehen hat, damit sich der Patient einmal an die mit dem Tragen der Canüle verbundenen Reize gewöhnt, dann vor allem damit der durch ungenügende Zufuhr von Luft und Nahrung sehr heruntergekommene Kranke durch Gewährung einer freien Athmung sich besser erholen kann und für die Hauptoperation mehr gekräftigt und gestärkt wird.

3) Tamponade der Trachea durch Einlegen der Trendelenburg'schen Tamponcanüle und Einleitung einer tiefen Narkose, die während der Dauer der ganzen Operation unterhalten wird. Die Condoms, welche um die Canüle befestigt werden, müssen vor dem Gebrauch in antibacteriell wirkender Salicylsäure liegen. Am besten nimmt man für den Fall, dass ein Condom beim Aufblasen platzt, deren zwei, die über einander gezogen werden.

4) Durchtrennung der Weichtheile bis auf den Knorpel, womöglich mit dem messerförmigen Paquelin, um Blutungen zu verhindern. Spaltung der Cartilago thyreoidea möglichst genau in der Medianlinie, bei jugendlichen Individuen mit dem messerförmigen Paquelin oder mit dem geknöpften Messer, bei älteren mit der Knochenzange. Je nach dem Sitze und der Ausdehnung der eventuell zu entfernenden Geschwulst unbedenkliche je nach Bedarf beliebige Erweiterung der Weichtheilwunde und Weiterführung des Knorpelschnittes bis zur Cartilago cricoidea und selbst auf einen oder einige Trachealringe. Durch kräftige Wundhaken werden die Wundränder weit auseinander gehalten, so dass ein thunlichst freier Einblick in die Kehlkopfhöhle gegeben ist. Diese wird direct durch die Wunde mit künstlichem Lichte hell beleuchtet, wobei ein exaktes sicheres Operiren ermöglicht ist.

5) Entfernung beziehungsweise Zerstörung der Neubildungen und endzündlichen Massen mit Ferrum candens oder mit Messer und Scheere, mit darauffolgender energischer, schonungsloser Cauterisation der darunter liegenden Gewebe mit Ferrum candens.

6) Wundnaht kann gelegt werden, wenn kein oder doch nur sehr wenig Ferrum candens angewendet wurde. Dabei ist auf die Gefahr der Entstehung eines Emphysems zu achten. Es ist nur oberflächlich zu nähen und zu drainiren, nachdem dadurch, dass die Wunde nicht vollständig aseptisch gehalten werden kann, doch keine Heilung per primam zu erzielen ist.

Ist Ferrum candens in grösserer Ausdehnung zur Anwendung gelangt, so muss die Wunde offen gehalten werden. Einlegen von Jodoformgaze! Es kommt zu reichlicher Suppuration, der allmähliche Narbenbildung folgt. Die ganze Larynxschleimhaut kann durch den Paquelin zerstört sein, und die Fälle verlaufen dabei ganz glatt und heilen gut!

7) Die Tamponcanüle bleibt aufgeblasen bis zum Abende des Tages, an welchem die Operation vorgenommen wurde, oder bis zum Morgen des nächsten Tages liegen und wird dann erst mit einer gewöhnlichen Luer'schen vertauscht, welche die Athmung ungehindert unterhält und den Luftstrom nicht über die verwundeten Gewebe gleiten lässt. In den ersten Tagen p. op. legt man einen Jodoformgazetampon in den Larynx. Bald ist dieser überflüssig, und in einigen Tagen kann auch die Canüle weggelassen werden. Verband mit nasser Watte; einfach schliessender Verband genügt zur baldigen vollkommenen Heilung.

Wir rechnen die Thyreotomie nicht nur zu den grösseren Operationen von der allergeringsten Lebensgefahr, sondern behaupten, dass sie mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit eine an sich ganz ungefährliche, weder eine directe noch indirecte Gefahr für das Leben in sich bergende Operation ist, falls sie unter antiseptischen Cautelen und nach dem vorgenannten Verfahren ausgeführt wird.

Erheblichere Sprachstörungen treten nur dann auf, wenn

---

[1]) Ausführlichere Beschreibung der Fälle, sowie tabellarische Uebersichten über dieselben siehe in »Dr. Streiter. Zehn Fälle von Thyreotomie. Die Thyreotomie im Vergleiche mit den übrigen operativen Heilverfahren am Larynx. Würzburg 1888.«

sie durch das Leiden selbst bedingt sind, und wenn sie auch bei jedem anderen, in der gleichen Absicht unternommen, blutigen oder unblutigen Eingriffe zu Stande kommen würden.

Uebrigens erscheint bei einem wegen eines ernsten Leidens unternommenen solchen Eingriffe die tadellose Wiederherstellung der Stimme so nebensächlich, dass man ausdrücklich vor einer Rücksichtnahme auf die Phonation warnen möchte. Bei gründlicher Entfernung massenhafter oder diffuser Neubildungen kann die Integrität der Stimmbänder nie ganz gewahrt werden. Trotzdem muss, wenn operirt wird, soweit irgend möglich, eine Radicaloperation vorgenommen werden; denn entweder operiren wir gar nicht oder entfernen alles und gründlich! Schonungslos und energisch muss das Glüheisen vorgehen; nur dadurch kann ein relativer Schutz vor Recidiven erreicht werden.

Meist ersetzt sich eine Art von Stimmband wieder, auch bei vollständiger Zerstörung derselben. Narbengewebe kann sich entwickeln, so dass der Patient vollkommen deutlich und mit Phonationsstimme sprechen kann. Nur wenn beide Stimmbänder entfernt werden müssen, bleibt eine Flüstersprache.

Zwar werden wir da, wo wir mit der endolaryngealen Methode auskommen, nicht zur Ehrmann'schen greifen; indess sind für die einzelnen Fälle die Vortheile der Thyreotomie in Erwägung zu ziehen:

1) Die Operation ist leicht und, wenn die Umstände es nothwendig machen sollten, von jedem praktischen Arzte ohne besonderes Instrumentarium auszuführen.

2) Der Tumor wird in einer einziger Sitzung entfernt; die Beseitigung desselben geschieht auf diesem Wege schneller infolge der Unabhängigkeit von der Mitwirkung des Patienten.

3) Die Thyreotomie ist fast unter allen Umständen ausführbar.

4) Bequemer freier Zugang. In Folge dessen

5) Grosse Sicherheit in der Ausführung der Entfernung von Fremdkörpern oder von Neubildungen: Der Operateur überschaut genau sein direct vor Augen liegendes Operationsfeld; die Operation wird nicht von zufälligen Bewegungen seitens des Patienten beeinträchtigt, wodurch dieser verletzt werden könnte.

6) Die bessere Uebersicht über das Operationsfeld und die grössere Sicherheit des Verfahrens lässt die Totalexstirpation einer Geschwulst vollständiger vornehmen; denn man weiss, wie tief man geht, ob alles erkrankte mitgenommen wird, und ob man sich in makroskopisch Gesundem befindet, oder ob man noch gründlicher ausräumen muss. Alles Neugebildete lässt sich durch die Thyreotomie entfernen, wenn man nur gründlich und gewissenhaft zu Werke geht!

7) Indem die Thyreotomie bessere Chancen für eine thunlichst vollständige Exstirpation gewährt und eine sichere Zerstörung der Basis der Geschwulst ermöglicht, bietet sie dadurch auch einen grösseren Schutz vor Recidiven.

8) Insbesondere ist die Möglichkeit der Sicher- resp. Richtig-Stellung der Diagnose durch die Thyreotomie von eminent praktischer Bedeutung.

Die bisherigen ziemlich ungünstigen Erfolge der wegen Carcinom am Larynx ausgeführten Radicaloperationen beruhen darauf, dass die meisten Fälle erst nach längerem Bestande zur Exstirpation gelangten. Bessere Resultate werden wir wahrscheinlich gewinnen, wenn wir dazu kommen, die Operation in früheren Stadien des Leidens auszuführen.

Die Thyreotomie — aus welchen Gründen nur immer sie gemacht werden mag, ob Phthise, ob gutartige oder bösartige Neubildung u. dgl., das bleibt für die Prognose der Operation quoad vitam fast gleichgültig — führt in vielen Fällen dauernde Heilung, in anderen subjectives Wohlbefinden auf lange Zeit hin herbei, so dass der Patient ein schaffensfreudiges Dasein geniesst; dagegen bedingt sie — natürlich nur unter der Hand eines sicheren Operateurs und unter peinlichster Anwendung der oben angegebenen Vorschriften — in keinem Falle eine Verschlimmerung des örtlichen Leidens oder des Allgemeinbefindens des Kranken; sie kann also, ohne jemals zu schaden, nur retten und Heilung bezw. Linderung schaffen!

In Folge dessen und in der Erwägung, dass von dem Zeitpunkte des Eingriffes in erster Linie die Prognose desselben und sein definitives Resultat abhängt, müssen wir entschieden die Thyreotomie als praeliminäre diagnostische Operation empfehlen.

Wir schreiten zur Thyreotomie mit dem Entschlusse, ihr, wenn das Leiden sich schon über Erwarten weit gediehen zeigen sollte, sofort unbedenklich die partielle oder totale Exstirpation folgen zu lassen.

»Die Thyreotomie ist berechtigt, wenn die Neubildung noch keine grosse Ausdehnung genommen«. Das ist es ja, was wir wollen: es darf nicht so weit kommen, dass die Möglichkeit einer erfolgreichen Thyreotomie abgeschnitten ist. Wir hoffen, dass die zur rechten Zeit ausgeführte Laryngotomie mit energischer Cauterisation eine partielle oder totale Resection nicht mehr nothwendig erscheinen lässt; sollte sich aber eine solche doch als zweckdienlicher herausstellen, so werden wir sie, weil frühzeitig, unter besseren Chancen und jedenfalls deshalb auch mit günstigeren Resultaten als bisher unbesorgt ausführen können.

Bericht über die kgl. chirurgische Poliklinik an der Universität München im Jahre 1888.

Von Prof. Dr. *O. Angerer.*

Die chirurgische Poliklinik wurde im Jahre 1888 von 14.111 neu zugegangenen Kranken frequentirt. Rechnet man hiezu 115 Kranke, die aus dem Vorjahre bis 7. Januar verblieben sind, so ergiebt sich eine Gesammtzahl von 14,226, gegen 13,847 des Vorjahres. Von diesen wurden 13,785 ambulatorisch behandelt, 217 in der eigenen Wohnung besucht und 224 in die stationäre Abtheilung der Poliklinik aufgenommen. Von letzteren fanden 84 unentgeldliche Verpflegung.

In den einzelnen Monaten betrug die Krankenzahl:

Januar	799	Juli	891
Februar	775	August	1031
März	833	September	826
April	752	October	799
Mai	912	November	741
Juni	955	December	709

Von den 6365 Männern waren ihrem Berufe nach: Handwerker 4646, Arbeiter und Taglöhner 1117, Hausirer und Colporteure 120, Städtische und Bahnbedienstete 272, Schüler und Scribenten 210.

Von den 2441 Frauen waren: Handwerker- und Arbeitersfrauen 774, Dienstmädchen, Näherinnen 1292, Taglöhnerinnen 375.

Kinder wurden 1217 behandelt.

Dem Geburtsorte nach treffen auf:

München	2166	Mittelfranken	386
Oberbayern	2606	Unterfranken	208
Niederbayern	1184	Schwaben	859
Rheinpfalz	112	Deutschland	757
Oberpfalz	982	Ausser-Deutschland	562
Oberfranken	201		

Wohnhaft waren in München 8932, Oberbayern 654, Anderen Theilen Bayerns 301, Deutschland 69, Ausser-Deutschland 67.

Bei diesen Tabellen sind 4088 Zahnkranke nicht mitgerechnet.

Der tägliche Durchschnittszugang an neuen Kranken ist 38.

Unter den 10,023 Krankheiten waren — geordnet nach dem Schema des kaiserl. Reichs Gesundheitsamtes —:

131 Entwickelungskrankheiten,
1035 Infections- und allgemeine Krankheiten, darunter 26 Erysipele, 125 bösartige Neubildungen, 330 Gonorrhoen, 197 primäre und 247 constitutionelle Syphilis,
40 Krankheiten des Nervensystems,
1066 Ohrenkrankheiten,
7 Krankheiten der Augen,
140 Krankheiten der Athmungsorgane, darunter 36 Krankheiten der Nase, 19 des Kehlkopfes und 85 mal Kropf,
403 Krankheiten der Circulationsorgane,
467 Krankheiten des Verdauungsapparates, darunter 16 eingeklemmte und 140 freie Hernien,
63 Krankheiten der Geschlechtsorgane,
2055 Krankheiten der äusseren Bedeckungen,
757 Krankheiten der Bewegungsorgane,
2994 mechanische Verletzungen, darunter 163 Fracturen und 48 Luxationen,
865 anderweitige Erkrankungen.

Operations-Statistik.

I. Kopf. Osteoplastische Resection des Oberkiefers 1, totale Resection des Oberkiefers 3, Exstirpation von Epulis 4, Operat. hydrops antr. Highmor. 1, Exstirpation von Kiefercysten 4, Operation bei Phosphor-Nekrose 1, Trepanation des Warzenfortsatzes 4, Exstirpation von Parotisgeschwülsten 3, Exstirpation von Nasen Rachenpolypen 1, Exstirpation von Carcinom der Unterlippe 5, Exstirpation von Carcinom der Wange 3, Rhinoplastik 5, Operation der Ranula 1, Exstirpation und Cauterisation von Angiomen 16, Exstirpation von Nasenpolypen 3, Exstirpation von Atheromen 30, Exstirpation von Lipom der Stirn 1, Staphylo raph. 2, Operation der Mikrostomie 1, Operation der Hasenscharte 11.

II. Hals. Ligat. art. carotis 1, Tenotomie bei cap. obstip. 1, Kropfexstirpationen 6, Laryngofissur 1, Tracheotomie 4, Oesophagotomie 2, Dehnung der Plexus brachialis 1, Exstirpation von Lymphomen 6, Exstirpation verschiedener Geschwülste 5, Tonsillotomien 4.

III. Rumpf. Exstirpat. carcinom. mamm. 16, Exstirpat. sarcom. mamae 2, Exstirpat. adenom. mamae 1, Exstirpat. von Lipom. 9, Magenresectionen 2, Gastro enterostomie 1, Probelaparatomie 1, Ovariotomie 2, Herniotomie 7, Darmresectionen 2, Hoher Steinschnitt 3, Urethrotomia extern. 2, Operat. carcin. recti 7, Anlegung des anus praeternatural. 2, Operat. prolaps. ani 1, Operat. fistul. ani 2, Fixation der Wanderniere 1, Castration 4, Radicaloperation der Hydrocele 10, Punction der Hydrocele 12, Phimosen-Operation 24.

IV. Obere Extremität. Exarticulat. humeri 1, Amputat. humeri 1, Amputat. antibrach. 3, Amputat. manus 2, Resect. humeri 1, Resect. cubiti 6, Resect. manus 1, Operat. aneurysm. art. cubital. 1, Naht des Nerv. radialis 1, Dehnung des Nerv. radialis 1, Operat. Pseudarthros. artibrach. 2, Operat. von Palmar fascien contractur 2, Exstirpat. von Ganglien 3, Sequestrotomien 4, Excochleat. der Gelenke 9, Exstirpat. von Geschwülsten 4, Sehnennaht 10.

V. Untere Extremität. Amputat. femoris 5, Amputat. cruris 3, Amputat. des Fusses nach Mikulicz 2, Resect. coxae 1, Resect. genu 13, Resect. pedis 1, Keilexcision am Knie 1, Brisement forcé am Knie 4, Osteotomia tibiae 2, Osteoklase nach Rizzoli 1, Achillotenotomie 17, Operat. unguis incarnat. 7, Sequestrotom. und Excochleat. 18, Exstirpat. hygrom. praepatell. 3, Exstirpat. angiosarcom. genu 1, Exstirpat. sarcom. femoris 3.

Casuistische Mittheilungen aus Hospitälern und aus der Praxis.

Casuistische Mittheilungen aus dem Ambulatorium des med. klin. Instituts zu München. Von Dr. Hermann Rieder, Assistent des Instituts.

6) Neuritis im Gebiete des Nerv. medianus. Frau Anna B., Rentamtsbotens-Wittwe, 53 Jahre alt.

Vor circa einem Jahre verspürte Patientin plötzlich reissende und bohrende Schmerzen in beiden Händen, gegen die sie Einreibungen mit Senfspiritus, jedoch ohne Erfolg anwendete. Die Schmerzen wurden immer häufiger und traten zuletzt jede Nacht auf. Dieser Zustand dauerte mit kurzen Unterbrechungen 9 Monate lang, in deren Verlauf Patientin eine zunehmende Abmagerung der rechten Hand bemerkt haben will.

Vor 3 Monaten gesellten sich zu den oben erwähnten Schmerzen Krämpfe in beiden Händen, besonders der rechten; dieselben betrafen nur den Daumen, Zeige- und Mittelfinger und traten meist dann auf, wenn Patientin gewisse Bewegungen, z. B. zum Schreiben oder Stricken intendirte.

Dem Wunsche ihres Arztes entsprechend, der eine elektrische Behandlung für angezeigt hielt, suchte Patientin das Ambulatorium auf.

Zur Zeit leidet sie an starken Schmerzen beider Daumen, Zeige- und Mittelfinger besonders der rechten, die bei Berührung der Finger sich steigern, andererseits hat sie beim Anfassen kleiner Gegenstände, z. B. einer Nadel zwar ein Schmerzgefühl, nicht aber das Gefühl des Gegenstandes, den sie hält. Aus letztem Grunde arbeitet Patientin hauptsächlich mit dem 4. und 5. Finger, um die andern zu entlasten.

Erwähnung verdient noch die Angabe der Patientin, dass sie von frühester Jugend auf sich viel mit Stricken beschäftigt hat.

Die Bewegungen der Oberextremitäten sowohl im Schulter- und Ellbogen- als im Handgelenke sind vollkommen normal; die rohe Kraft ist rechts etwas herabgesetzt wahrscheinlich wegen Unvermögens, mit dem Daumen stärkere Beugebewegungen auszuführen.

Bei der Inspection der rechten Hand sieht man eine leichte Einsenkung im dorsalen Interstitium von Daumen- und Zeigefinger. Der Daumenballen im Vergleich zum linken etwas atrophisch und zwar besonders unmittelbar am Metacarpus I, so dass an der Stelle, wo normal die Daumenballen-Musculatur vorspringt, sich eine Lücke befindet. Die Muskeln des Daumenballens fühlen sich schlaffer an als die linksseitigen. Die Beuger und Strecker des Carpus, die Interossei und sämmtliche Muskeln des 2., 3., 4. und 5. Fingers und Kleinfingerballens, sowie des Daumens functioniren normal, Adductor und Interosseus primus rechts ziemlich normal, dagegen sind die Contractionen des Adductor, Opponens und Flexor pollic. brev. sehr beschränkt.

In der Umgebung der Daumenmusculatur im Bereiche des Zeige- und Mittelfingers besteht Hyperalgesie und Paraesthesie. Die Schmerzleitung in diesem Bezirke ist nicht verlangsamt, die Localisation gut.

Die Weite der Tastkreise beträgt auf der Dorsalseite der linken Hand 3 cm, der rechten Hand 3,5 cm, auf der Volarseite der linken Hand 1,5 cm, der rechten Hand 1,8 cm, auf der Fingerkuppe des linken Daumens 1,2 cm, der rechten Hand 2,1 cm.

Die im 1. Stadium der Erkrankung vorherrschenden sensiblen Reizungszustände und die im 2. Stadium hinzutretende motorische Schwäche und Abmagerung des erkrankten Muskelgebietes bei Fehlen einer ausgesprochenen Lähmung und die langwierige Dauer der Krankheit berechtigen zur Auffassung des Falles als subacute localisirte Perineuritis. Dieselbe ist analog der durch Druck des Plätteisengriffes auf den Daumenballen bei Plätterinnen vorkommenden als professionell aufzufassen, indem als ursächliches Moment der Erkrankung hier der wiederholte Nervendruck angesehen werden muss, der durch das anhaltende Stricken veranlasst wurde. Das betroffene Gebiet gehört ausschliesslich dem Medianus an, der als gemischter

Nerv ausser motorischen Zweigen auch sensible Aeste an die Radialseite der Hand und Finger sendet.

Beachtung verdient das Auftreten motorischer Reizerscheinungen (Krämpfe) im Verlaufe der Neuritis, sowie die merkwürdige Hyperalgesie mit Abschwächung des Tastgefühls (Anaesthesia dolorosa) und die Druckempfindlichkeit der erkrankten Muskeln selbst (Muskelhyperästhesie).

Schliesslich sei bemerkt, dass die seither getroffenen therapeutischen Maassnahmen (absolute Ruhe, stabile Anodenbehandlung mit schwachen galvanischen Strömen bei innerlicher Darreichung von Antipyrin eine sehr bedeutende Verminderung der Schmerzempfindung und Besserung des Schlafes zur Folge hatten.

Feuilleton.

Dr. Isidor Soyka,

Professor der Hygiene an der deutschen Universität Prag.

Wenn der unerbittliche Tod einen erfolgreichen Mitarbeiter von unserer Seite reisst, beklagen wir es tief und trauern, aber wenn ein solcher, dem wir bereits Vieles verdanken und von dem wir auch künftig noch Vieles zu erwarten haben, sich plötzlich selber den Tod giebt, so mischt sich Entsetzen in den Schmerz und in die Trauer. Dieses Leid hat Soyka am 23. Februar 1889 seinen Freunden und Verehrern bereitet, indem er sich eine Kugel in's Gehirn schoss.

Selbstmord ist kein Heldentod, und nur zu entschuldigen, wenn er ein Opfer für geliebte Wesen oder eine ideale Sache ist, oder wenn er einen Unzurechnungsfähigen trifft: in diesem Falle ist er ein tragisches Geschick.

Dass Isidor Soyka diesem Geschicke unterlag, darüber klagen nicht nur seine Freunde und Collegen, darüber hat auch das Fach der Hygiene, für welches er begeistert war, zu klagen.

Er war ein Mensch von seltener Fassungs- und Arbeitskraft und zielbewusst. Als er im Jahre 1878 aus Prag, wo er unter Klebs und Huppert wissenschaftlich gearbeitet und sich als Privatdocent für pathologische Anatomie habilitirt hatte, nach München kam und hygienisch arbeiten wollte, rieth ich ihm ernstlich ab, da vorläufig das Fach wenig Aussicht auf eine Versorgung biete, die ihm in einer anderen Richtung bei seinen reichen Kenntnissen leicht sein würde. Aber er blieb der Ueberzeugung, dass die Hygiene eine Zukunft habe und liess sich nicht abschrecken. Bald ergab sich eine Gelegenheit, ihn als Assistenten in das neuerrichtete hygienische Institut aufzunehmen, in welcher sehr bescheiden dotirten Stellung er bis April 1884 verblieb.

Soyka hatte mich wesentlich bei Vorbereitung der Vorlesungen zu unterstützen und da bewunderte ich oft sein kritisches Urtheil und seine Erfindungsgabe. Er bewies mir sehr bald, dass er mich nicht bloss verstanden habe, sondern dass er manche meiner Lehren noch weiter zu entwickeln und zu begründen gedenke.

Seine in München begonnenen hygienischen Arbeiten veröffentlichte er theils in der Zeitschrift für Biologie und im Archiv für Hygiene, theils in der deutschen Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege und in anderen medicinischen Zeitschriften, deren Inhalt ich als den Lesern der Münchener medicinischen Wochenschrift bekannt voraussetzen darf. Namentlich möchte ich seine Untersuchungen über den Einfluss des Bodens auf die Zersetzung organischer Substanzen, seine Kritik der gegen die Schwemmkanalisation erhobenen Einwände (Hygienische Tagesfragen), dann über Kanalgase als Verbreiter epidemischer Krankheiten, über Mortalitätsverhältnisse Münchens mit Rücksicht auf die Canalisation, Luftbewegung in den Canälen und Selbstreinigung des Bodens hervorheben.

Im April 1884 wurde Soyka als ausserordentlicher Professor der Hygiene an die deutsche Universität in Prag berufen, wo ihm unter schwierigen Verhältnissen die Aufgabe zufiel, für sein Fach erst einen Grund zu legen.

Er ging mit der ihm eigenen ruhelosen Thätigkeit an die Arbeit. Um sich auch bacteriologisch auszubilden, begab er sich in einer Ferienzeit nach Berlin, arbeitete dort unter Koch's Leitung und stellte darnach in Prag ein bacteriologisches Laboratorium für hygienische Zwecke her. Soyka fühlte sehr richtig die grosse Bedeutung der Bacteriologie für die Aetiologie aller Infectionskrankheiten, ohne desshalb Contagionist zu werden und zu glauben, dass die Bacteriologie in der Hygiene Alles sei, oder dass man nichts brauche, als einen specifischen Bacillus bei einer solchen Krankheit zu finden, um dann die Menschen davor schützen zu können. Ihm war für Cholera und Abdominaltyphus nicht der menschliche Körper, sondern etwas ausser diesem, ein ectogenes Medium der Keimboden für die verheerenden Epidemien. Seine in der Prager medicinischen Wochenschrift erschienenen bacteriologischen Untersuchungen über den Einfluss des Bodens auf die Entwicklung von pathogenen Pilzen geben davon Zeugniss. Er war bestrebt, neue bacteriologische Thatsachen mit den alten epidemiologischen in Einklang zu bringen.

Während seiner rastlosen Thätigkeit in Prag vollendete er nicht nur viele Arbeiten, die er sich selber gestellt, sondern erledigte auch noch zahlreiche Gutachten, welche an ihn herankamen. Die städtischen Behörden von Prag, obschon den Deutschen nicht hold, wählten Soyka in die Commission zur Assanirung der Stadt, in welcher ihm bald eine leitende Stellung zukam.

Für das bei Vogel in Leipzig erscheinende Handbuch der Hygiene hatte Soyka zwei sehr wichtige Abschnitte, Boden und epidemische Volkskrankheiten übernommen. Der Boden von Soyka ist im Jahre 1887 351 Seiten stark mit zahlreichen Abbildungen erschienen, eine klassische Arbeit, welche ihr Verfasser ohne jedes Vorbild zu gestalten hatte.

Die Volkskrankheiten werden leider nicht mehr erscheinen.

Neben der unausgesetzten und aufregenden wissenschaftlichen Thätigkeit fand Soyka immer noch Zeit für Lectüre belletristischer Literatur, für geselischaftlichen Verkehr und Naturgenuss. Als er in München war, wunderten ich und Andere uns oft, dass ein Mensch die Woche hindurch den ganzen Tag ernst arbeiten, Abends Gesellschaften besuchen, erst 1 Uhr Nachts zur Ruhe gehen und Morgens 7 Uhr wieder im Laboratorium oder am Schreibtisch sein kann, dann zur Erholung oft am Samstag nach Partenkirchen reisen, um auf die Zugspitze zu steigen und Montag früh wieder in München einzutreffen und wieder an die Arbeit zu gehen.

Da Soyka dieses ruhelose Wesen auch in Prag beibehalten haben wird, so darf man sich nicht wundern, dass er bereits vor einigen Jahren an hochgradiger Neurasthenie litt. Als ich und mehrere seiner Münchener Freunde ihn beim VI. internationalen Congresse für Hygiene und Demographie 1887 in Wien sahen, erschracken wir förmlich, als wir ihn so deprimirt fanden. Damals drückte allerdings neben vieler Arbeit auch das Schicksal eines geliebten Bruders, des Rechtsanwaltes und Advokaten Dr. Soyka in Wien schwer auf ihn, der geisteskrank geworden war. Soyka hatte mir früher oft davon gesprochen, dass dieser Bruder auch sein bester Freund sei, den er habe.

Darnach erholte sich unser Soyka wieder und erfreute sich daran, dass ihm in Prag allmählich mehr Mittel für seine Lehrthätigkeit gewährt werden. Viel Vergnügen machte ihm im vorigen Jahre eine Reise im Auftrage seiner Regierung nach Brüssel zu einer internationalen Hygieneausstellung, wo er für sein bacteriologisches Museum den höchsten Preis (Diplome du Progrès und grosse goldene Medaille) und dann nach Kopenhagen, wo er hors concurs ausstellte und zum Ritter des Danebrogordens ernannt wurde. Er schrieb mir da aus Prag am 11. November 1888: »Mich freuen diese Erfolge hauptsächlich mit Rücksicht auf meine Regierung, die mich ja hingeschickt hat, und merke ich die Besserung, indem man mir für dieses und das nächste Jahr zur Adaptirung und Einrichtung meines Institutes 5—6000 Gulden bewilligt hat. So hoffe ich denn, dass mit dieser Wendung die Periode des Jammers und der Klagen abgeschlossen ist, da man endlich einsieht, dass ich meinen Beruf ernst nehme und auch nicht ohne Erfolg zu arbeiten verstehe.«

Dass Soyka im Sommer 1888 sich wieder ganz wohl fühlte, konnte ich daraus schliessen, dass er von Kopenhagen,

ehe er heimkehrte, noch schnell nach Norwegen ging, und dort den höchsten Berg bestieg, was mich an seine häufigen Wanderungen von München auf die Zugspitze und den Wendelstein und andere Berge erinnerte. In dieser günstigen Meinung wurde ich vollends bestärkt, als Soyka am 3. December 1888 zu meinem 70. Geburtstage hieher kam. Ich und Alle, die ihn 1887 in Wien gesehen hatten, waren hoch erfreut über sein Aussehen und seine heitere Stimmung und glaubten, dass nun Alles gut sei. —

Am 10. Februar 1889 schrieb mir Soyka seinen letzten Brief, dem er einen Plan seines Institutes beilegte, aus welchem ich die räumliche Ausdehnung desselben und die Vertheilung der Arbeiten ersehen könnte. Er spricht auch von speciellen Arbeiten, die er vorhabe und schliesst mit den Worten, deren Bedeutung ich erst am 23. Februar erkannte: »Viel — viel Arbeit und es reichen die Kraft, es reicht die Zeit nicht zu allem diesen. Zudem machen sich doch die Folgen der in den letzten Zeiten durchgemachten Gemüthserregungen (sein geliebter Bruder war im Irrenhause gestorben) und der unvermeidlich gewesenen Ueberarbeitung geltend und ich denke ernstlich daran, die Osterferien einer gründlichen Erholung zu widmen.«

Und wenige Tage später, am 23. Februar erhielt ich von Herrn Collegen Dr. Kahler ein Telegramm: Soyka soeben plötzlich verstorben. Schwere psychische Alteration. Suicidium.

So hat dieses reich begabte und noch viel verheissende Leben geendet. Nun ist allerdings ganz in Erfüllung gegangen, was er mir am 11. November 1888 geschrieben und gehofft hatte: »Dass mit dieser Wendung die Periode des Jammers und der Klagen abgeschlossen ist«, und wir Alle sehen ein, »dass er seinen Beruf ernst genommen« und auch »dass er nicht ohne Erfolg gearbeitet hat«.

Diese Grabschrift, die er sich ahnungslos selbst geschrieben, ist von Allen, die ihn oder seine Arbeiten kannten oder kennen werden, mit Andacht zu lesen. Seine Lehrer, seine Collegen und seine Schüler stehen erschüttert an diesem Grabe und wissen, dass Soyka sich nicht leicht- oder frevelsinnig selbst getödtet hat, sondern dass er auf dem Schlachtfelde der Arbeit und seinem Ideale erlegen ist. Gott habe ihn selig!

München, im März 1889. Dr. Max v. Pettenkofer.

Referate u. Bücher-Anzeigen.

A. Strümpell: Ueber die traumatischen Neurosen. Berliner Klinik. 1888. Heft 3.

Auch ohne alle gröberen mechanischen Läsionen eines Nervengebietes können sich nach einem Trauma schwere eigenartige, lange Zeit andauernde, öfters unheilbare nervöse Störungen entwickeln: Die traumatischen Neurosen.

I. Allgemeine traumatische Neurosen. Symptome: 1) Psychische Störungen mit vornehmlich melancholisch-hypochondrischem Charakter. Angstzustände, Energielosigkeit, leichte Erregbarkeit, Gedächtnissschwäche, bei schweren Formen entschiedene geistige Schwäche, Schlaflosigkeit. (Oft sind dieses die einzigen Krankheitserscheinungen). 2) Störungen in den sensoriellen Functionen: Haut-Anästhesien in regelloser Verbreitung und Ausdehnung, oft wechselnd, seltener Hyperästhesien, Ueberempfindlichkeit gegen Licht und Geräusche, deutliche Veränderungen in Gesicht, Gehör, Geruch und Geschmack; Schmerzen am Orte der Verletzung und spontane Nacken- und Kopfschmerzen; Empfindlichkeit des Kopfes auf Beklopfen. 3) Motilitätsstörungen: Schwäche in der willkürlichen Innervation und motorische Reizerscheinungen. 4) Störungen der Reflexe: An anästhetischen Stellen schwache Hautreflexe, Sehnenreflexe gesteigert. 5) Trophische Störungen: Reducirter Ernährungszustand, in schweren Fällen Ergrauen oder Ausfallen der Haare. 6) Functionelle Störung innerer Organe: Narkose, Dyspepsie, beschleunigte Herzaction etc.

Diese Erkrankungen sind theils auf einen rein psychischen Ursprung, theils auf eine zur Zeit unbekannte, feinere materielle Veränderung des Nervensystems zurückzuführen. Simulation ist im Allgemeinen selten.

II. Locale traumatische Neurosen. Einfache Contusionen einer Extremität (durch Stoss, Fall) können, ohne dass Gehirn oder Rückenmark in Mitleidenschaft gezogen wäre, auf rein »functionellem« Wege folgende Symptome hervorrufen: 1) Sensibilitätsstörungen: Starke Hyperästhesie des befallenen Gliedes bei passiven Bewegungen, häufig combinirt mit Anästhesie der Haut, welche letztere sich auf eine ganze Körperhälfte ausdehnen kann (hysterische Hemianästhesie). 2) Motilitätstörungen, veranlasst hauptsächlich durch gestörte willkürliche Innervation: Muskelsteifigkeit, welche sich bis zur Contractur steigern kann, selten schlaffe Lähmungen. 3) Das Verhalten der Reflexe ist verschieden. 4) Trophische Störungen fehlen meist. Die wirklichen Gelenkerkrankungen lassen sich durch das Fehlen jeder objectiven Erscheinung an den Gelenken leicht von diesen Neurosen unterscheiden, in zweifelhaften Fällen Chloroformnarkose. Die Prognose der mit der Hysterie noch verwandten localen traumatischen Neurosen ist nicht ungünstig. A. Cramer-Freiburg.

H. Oppenheim: Die traumatischen Neurosen. Berlin, 1889. 146 Seiten.

Durch Verletzungen der mannigfaltigsten Art kann der Anstoss zur Entwickelung der traumatischen Neurose gegeben werden; insbesondere durch Eisenbahnunfälle, ferner durch Unglücksfälle in Fabriken, bei Bauten, auch durch verhältnissmässig unbedeutende Traumen. Meistens sind es Unglücksfälle, welche im Stande sind, zu einer heftigen psychischen Emotion zu führen, so dass jedenfalls dem Schreck eine hohe Bedeutung für die Entwickelung dieser Neurosen zukommt, deren Natur früher vielfach verkannt und in Zusammenhang mit organischen Veränderungen im Rückenmark oder Gehirn gebracht wurde.

Die unmittelbare Folge des Unfalls pflegt wirkliche Bewusstlosigkeit oder Benommenheit, Verwirrtheit zu sein; diesem kürzer oder länger dauernden Stadium kann ein verschieden langes Stadium völligen Wohlbefindens folgen, nach welchem sich dann erst das eigentliche Krankheitsbild entwickelt. Es treten Schmerzen an der verletzten Stelle oder im Gebiet der Wirbelsäule auf, welche die Bewegungen einzelner Körpertheile hemmen können. Unruhe, Aufregung, Angst und Schreckhaftigkeit können sich in schnell wachsender Intensität einstellen und von einer hypochondrisch-melancholischen Stimmung des Kranken gefolgt sein. Schlaflosigkeit, Störungen der Intelligenz, Schwindel, Ohnmachtsanfälle, Zittern, bilden häufige Begleiterscheinungen dieser Krankheitsperiode. Paresen und Paralysen, welche nie auf ein bestimmtes Nervengebiet beschränkt sind, finden sich sehr häufig; ebenso gleichzeitige Spannungszustände der Musculatur, Steigerung der Sehnenreflexe, Abnahme der Muskelsubstanz. Einen besonders wichtigen Antheil an dem Symptomencomplex hat die sensible Sphäre. Die Sensibilitätsstörungen entsprechen nie dem Ausbreitungsbezirk bestimmter Nerven, noch den bei bestimmten Erkrankungen von Gehirn und Mark beobachteten Anordnungen. Mit der cutanen Sensibilitätsstörung gehen Anomalien der Sinnesempfindungen einher und zwar besonders häufig eine Einschränkung des excentrischen Sehens. Oedeme, Harnbeschwerden, Abnahme der Potenz, Sprachstörungen, Veränderungen der Hautreflexe, endlich abnorme Erregbarkeit des Herznervensystems bilden weitere Symptome der traumatischen Neurose.

Diese sämmtlichen im Verlauf der traumatischen Neurose in verschiedenen Combinationen vorkommenden Erscheinungen werden von Oppenheim im Detail geschildert und gleichzeitig die differentialdiagnostischen Momente gegenüber anderen Krankheitszuständen eingehend erörtert.

Die Hauptrolle bei der Entstehung der traumatischen Neurose bildet nicht das physische Trauma, sondern das psychische, die Gemüthserschütterung; ohne diese würde die Verletzung keine wesentliche Bedeutung gewinnen, während die durch den Shock krankhaft alterirte Psyche auf die durch das Trauma entstandenen körperlichen Beschwerden abnorm reagirt; in Folge der psychischen Alteration entwickeln sich abnorme Vorstellungen

über die Empfindungen, es wird krankhaft empfunden. Die abnormen Sensationen erzeugen hypochondrische Stimmung und diese schafft nach und nach eine Reihe subjectiver Beschwerden und objectiver Erscheinungen, wie wir dieselben in ähnlicher Weise bei spontan entstandenen Psychosen vorfinden. Das erlittene Trauma, an welches sich die psychische Alteration anschliesst, leitet natürlich die seelischen Vorstellungen in bestimmte Bahnen; die Vorstellung von der Lähmung erzeugt Lähmung, die Vorstellung vom Schmerz den Schmerz. Daher entstehen auch die Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen nach Kopfverletzungen nicht auf der gekreuzten Körperhälfte wie bei einer direct durch ein Trauma bedingten Gehirnerschütterung.

Die erwähnten cerebralen Functionsstörungen haben ihren Sitz aller Wahrscheinlichkeit nach in der Grosshirnrinde, und betreffen die Psyche, sowie die Centren für Motilität, Sensibilität und Sinnesfunctionen. Dass in einzelnen Fällen neben den functionellen Störungen auch anatomische Erkrankungen sich entwickeln, ist nicht abzuleugnen, jedoch ist dies sehr selten der Fall.

Die Prognose der traumatischen Neurose ist quoad vitam eine gute, während sie quoad sanitatem futuram eine sehr ungünstige ist. Auch nach der günstigen Lösung bezüglich der späteren Existenz der vom Unfall betroffenen Menschen tritt bei der Mehrzahl der von Oppenheim beobachteten Kranken eine Heilung nicht ein.

Die Therapie beschränkt sich auf die sonst bei Neurosen in Anwendung kommenden Mittel: als Elektricität, Massage, Hydrotherapie u. s. w., besonders wichtig ist natürlich die psychische Beeinflussung der Kranken.

Ein bestimmtes forensisches Gutachten lässt sich erst abgeben, wenn der Krankheitszustand längere Zeit bestanden hat und genau beobachtet ist, und auch dann noch muss man bezüglich der späteren Erwerbsfähigkeit sehr vorsichtig im Urtheile sein.

Es fehlt hier der Platz, um auf alle interessanten Einzelheiten der Monographie einzugehen, es sei nur erwähnt, dass das gesammte Krankheitsbild gezeichnet wurde nach einer grossen Reihe eigener Beobachtungen, welche alle Entstehungsweisen und Verlaufsverschiedenheiten illustriren. Es muss hier auf das Original verwiesen werden. R. v. Hoesslin.

Claus, Eduard: Ueber die Localisation und geographische Verbreitung der Aktinomykose beim Rind in Bayern. (Aus dem pathologischen Institut zu München). Inauguraldissertation. München, 1887.

Der dankenswerthen und bis jetzt noch vereinzelt dastehenden statistischen Untersuchung von Claus liegt das Material der Thierarzneischule und des pathologischen Institutes in München zu Grunde. Es fand sich:

Aktinomykose des Kiefers	in	57	Proc.	aller Fälle
» der Zunge	»	24	»	»
» des Rachens	»	7	»	»
» d. Kehlkopfes u. d. Trachea	»	6	»	»
» der Lunge	»	2	»	»
» der Baucheingeweide	»	2	»	»
» der Schädelknochen	»	3	»	»

Besonders bemerkenswerth ist, dass hinsichtlich der Disposition ein wesentlicher Unterschied zwischen Vorder- und Hinterkiefer besteht. Der letztere war nämlich 31 mal, der erstere nur 7 mal erkrankt.

Die meisten Erkrankungen fallen in die Zeit von December bis Mai, und da jedenfalls die Krankheit Monate gebraucht, bis sie erhebliche, in die Augen fallende Symptome bewirkt, so darf vielleicht angenommen werden, dass die meisten Infectionen während der Sommermonate, möglicherweise auf der Weide, stattfinden. v. Kahlden-Freiburg.

Frommel R.: Jahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiete der Geburtshülfe und Gynäkologie. I. Jahrgang: Bericht über das Jahr 1887. Wiesbaden. J. F. Bergmann 1888. VIII. 553 S.

Wie die Anatomen, Physiologen und Ophthalmologen schon längere Zeit specielle Jahresberichte über die Fortschritte ihrer Wissenschaften besitzen, so sind nun durch die Bemühungen Frommel's, dem sich eine Reihe tüchtiger Forscher: Ahlfeld (Marburg), Hofmeier (Würzburg), Loehlein (Giessen), Saenger (Leipzig), Schwarz (Halle), Stumpf (München), Veit (Berlin) und Wyder (Zürich) angeschlossen haben, auch die Gynäkologen in der glücklichen Lage, einen solchen aufweisen zu können.

Der stattliche Band, welcher auf 555 Seiten nur die Publicationen des Jahres 1887 berücksichtigt und nur über den Inhalt der wichtigeren referirt, liefert einen glänzenden Beweis von der rührigen Thätigkeit der Gynäkologen aller Länder und zeigt zur Genüge, dass die Besorgnisse derer, welche bei jährlich wiederkehrenden Gynäkologencongressen bald einen Mangel an Material fürchteten, sicherlich unbegründet sind.

Der geburtshülfliche Theil enthält (p. 229—252) auch die gerichtsärztliche Geburtshülfe, der gynäkologische auch die Krankheiten der Harnorgane des Weibes.

Die Darstellung ist klar und knapp; bisweilen sind von Referenten kritische Bemerkungen eingeflochten worden.

Die Vollständigkeit des Berichtes ist eine sehr annerkennenswerthe; diese hat auch sein Erscheinen etwas verzögert, welches, wie Referent zu seiner Freude vernahm, künftig schon im Monat October erfolgen soll.

Der Druck und die Ausstattung sind vorzüglich.

So mögen denn alle Gynäkologen an dem weiteren Gedeihen dieses Unternehmen lebhaften Antheil nehmen und den Dank, welchen sie dem Herausgeber und seinen Mitarbeitern schulden, durch möglichst rasche und vollständige Zusendung ihre Werke bethätigen. F. Winckel.

P. Guttmann: Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden für die Brust- und Unterleibsorgane mit Einschluss der Laryngoskopie. VII. vielfach verbesserte und vermehrte Auflage. Berlin 1889.

Das Erscheinen einer neuen Auflage dieses anerkannt trefflichen Lehrbuches wird den zahlreichen Freunden desselben gewiss willkommen sein; denn indem dadurch Gelegenheit gegeben wurde, die reichen Errungenschaften, welche die jüngste Zeit auf dem Gebiete der Diagnostik einzelner Organerkrankungen brachte, dem Werke einzuverleiben, blieb dasselbe vor dem Geschicke so mancher anderer ähnlicher Bücher, frühzeitig zu veralten, bewahrt. In seiner neuen Auflage, die um 28 Seiten vermehrt ist, bietet das Buch in der That eine vollständige, dem neuesten Standpunkte entsprechende Darstellung der Untersuchsuchungsmethoden, die für die Brust- und Unterleibsorgane in Betracht kommen. Einzelne Abschnitte sind ganz neu eingeschaltet, von denen die über Untersuchung des Blutes und des Mageninhaltes besondere Erwähnung verdienen. So wird wohl auch der VII. Auflage die freundliche Aufnahme, welche die früheren gefunden haben, nicht fehlen.

G. Ruprecht: Bibliotheca medico-chirurgica, pharmaceutico-chemica et veterinaria. 42. Jahrgang, Heft 1—3. Göttingen 1888.

Von Ruprecht's Bibliographie der gesammten medicinischen Literatur, die wiederholt in diesen Blättern anerkennende Erwähnung gefunden hat, liegen 3 weitere Hefte vor, welche die bis September 1888 incl. erschienene Literatur umfassen.

Vereinswesen.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung am 13. März 1889.

Vorsitzender: Herr Virchow.

Herr P. Heymann (vor der Tagesordnung) demonstrirt ein Präparat eines tuberculösen Geschwüres des Zungengrundes.

Herr Sonnenburg (vor der Tagesordnung) stellt eine 12jährige Patientin mit der seltenen Pneumatocele des Schädels vor. Die Anamnese wirft kein Licht auf den dunklen Mechanismus der Entstehung des Tumors. Dieser erreicht die Grösse

eines Kindskopfes und beruht auf einer Verbindung der weichen Schädelbedeckung mit dem Pharynx, der Paukenhöhle, oder den Zellen des Processus mastoideus. Die Patientin ist erst 12 Jahre alt, eine Zeit, in der die Warzenfortsatzzellen erst in der Bildung begriffen zu sein pflegen. Man muss annehmen, dass eine heftige Exspirationsbewegung die noch dünne Wand einer Zelle gesprengt und so die Verbindung hergestellt hat. Die Patientin vermag nach Punction der Geschwulst dieselbe durch eine Exspirationsanstrengung schnell wieder zu füllen. Die Behandlung wird in der Incision und Jodoformtamponade zu bestehen haben.

Herr Virchow ist der Ansicht, dass der Sitz der Luftgeschwulst auf einen anderen Ursprung hinweist und zwar auf die Naht zwischen der Portio mastoidea und den dahinter liegenden Theilen, welche Naht im späteren Leben zu verknöchern pflegt.

Herr Cornet: Die Prophylaxe der Tuberculose.

Die Prophylaxe der Tuberculose seitens der praktischen Aerzte lag bisher im Argen, wohl weil die innigen Beziehungen zwischen den Tuberkelbacillen und der Art der Infection nicht genügend gewürdigt wurden. Vorschläge zur Verhütung der Infection, die bisher gemacht wurden, krankten an dem Umstande undurchführbar zu sein: Verbot der Heirath Tuberkulöser, Trennung der Kinder von den Eltern, Entfernung kranker Arbeiter aus den Werkstätten. Dann ist die Contagiosität der Krankheit bei der Verwickelung der socialen Verhältnisse und der langen Incubationszeit dem Praktiker so versteckt, dass man ihm seine Zweifel daran zu gut halten muss.

Mit dem Schein des Rechtes hat man die Lehre von der Ubiquität der Tuberkelbacillen hingenommen. Man schloss daraus, dass sie überall anwesend seien, die Infection müsse noch von anderen Bedingungen, der sog. Disposition abhängig sein; dabei vergass man, dass die Anwesenheit der Bacillen noch nicht die Möglichkeit in sich schliesst, in die Luft überzugehen.

Die Annahme der Ubiquität ist nach den neuesten Untersuchungen wohl als unhaltbar bewiesen. Tuberkelbacillen finden sich nur da, wo der Staub durch directe Verunreinigung seitens der Phthisiker inficirt ist. Nur dort wurden unter 147 entnommenen Proben 40mal virulente Tuberkelbacillen nachgewiesen durch Verimpfung, 60mal war der Staub nicht infectiös, im Rest war es zweifelhaft, weil eine andere, schneller eintretende Infection die Impfthiere vorher tödtete. Selbst in den von Phthisikern bewohnten Räumen waren Bacillen nur vorhanden, wenn sie auf den Boden oder in's Taschentuch gespuckt hatten, wo also Sputum eingetrocknet war. Wo nun in's Spuckglas gespuckt wurde, fand sich selbst in der unmittelbarsten Umgebung der Tuberculösen kein Bacillus vor. Damit ist die Lehre von der Ubiquität der Tuberkelbacillen gefallen.

Der wesentlichste Infectionsträger ist die Luft; wie Koch constatirt und Cornet durch 12—1400 Versuche bestätigt hat, tritt die primäre und stärkste Localisation des Tuberkelgiftes immer an der Stelle des Eintritts oder wenigstens in der nächsten Lymphdrüse auf. Das ist so constant, dass man aus dem pathologischen Bild jedesmal rückschliessen kann, von wo die Infection eingedrungen ist. Demzufolge muss man annehmen, dass die Lungenschwindsucht durch Einathmung der Tuberkelbacillen entsteht.

Gedeihen, sich vermehren, kann aber der Bacillus nur in einem wohlorganisirten Warmblüter, denn nur in ihm findet er den geeigneten Nährboden, Temperatur und Schutz gegen die schneller wachsenden Saprophyten. Unter ganzes Bestreben muss sich also darauf richten, den Uebergang der Tuberkelbacillen von einem kranken auf einen noch gesunden Körper zu verhindern. Wir müssen ihn sofort bei seinem Austritt aus dem kranken Körper unschädlich machen.

Wenn auch Faeces und Harn in gewissen Fällen bacillenhaltig sind, so droht doch von dieser Seite wenig Gefahr, zumal die Bacillen in den ungeheuren Jauchemassen, denen die genannten Excrete zugehen, verdünnt und schnell von den Fäulnissbacterien getödtet werden. Mehr zu berücksichtigen wäre der Genuss von tuberkelhaltiger Milch perlsüchtiger Kühe. Aber der hauptsächlichste Infectionsträger ist doch der Mensch selbst, der lungenkranke Mensch. Bei der Verbreitung der Phthise einerseits, bei der lange ausgedehnten Production infectiösen Materials andererseits braucht man nicht nach einer anderen Quelle der Infection zu suchen.

Nun ist durch Naegeli und viele Andere festgestellt worden, dass die Respirationsluft der Phthisiker bacillenfrei ist, selbst bei heftigen Hustenstössen, und dass vom feuchten Sputum niemals Bacillen in die Luft übergehen. Der Phthisiker ist also immer nur durch sein Sputum gefährlich und durch dieses nur, wenn es trocknet, kleine Theilchen sich absplittern und in die Athemluft übergehen. — Aber selbst die Vertrocknung schliesst noch keine Infection ein; denn nur das allerfeinste Pulver kann in die tiefen Teile des Respirationstractus gelangen. Gröbere Partikel werden in der Nase, im Rachen, an den Stimmbändern, der Bifurcation aufgehalten, was die zähe Beschaffenheit des Pulvers noch begünstigt. Zu diesem anatomischen Schutz gesellt sich der physiologische durch das Flimmerepithel. Erst in den Alveolen, die des Flimmerepithels entbehren, findet der bis dahin gelangte Pilz einen Ruhepunkt und die Möglichkeit der Entwicklung.

Anders mögen die Verhältnisse beispielsweise bei den Pneumoniebacillen liegen, die schneller sich vermehren, als das Epithel sie hinausschaffen kann.

Es ist denkbar, dass Verletzungen des Epithels, z. B. im Verlauf von Scharlach, die Ansiedelung des Bacillus begünstigen, dass ferner andere Krankheiten, Typhus, Chlorose, Carcinose, Syphilis, Herz- und Nierenkrankheiten, Krankheiten der Eltern während der Zeugung, das Flimmerepithel schwächen, sodass Bacillen schon zur Ansiedelung gelangen, wo ein kräftiges Epithel sie noch hinausbefördert hätte. (Schluss folgt.)

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 11. März 1889.

1) Herr **Mittenzweig: Subdurale Blutung aus abnorm verlaufenden Gehirnvenen.**

Bei subduralen Blutungen muss man die Fälle bei Neugeborenen und bei Erwachsenen unterscheiden. Bei Neugeborenen kommen solche Blutungen durch Uebereinanderschieben der Kopfknochen vor, auch bei sonst ganz gesunden Verhältnissen des Schädels und der Gefässe. — Bei Erwachsenen kommen nach Virchow subdurale Blutungen aus gesunden Venen nicht vor, nur aus pathologisch neugebildeten Gefässen (Pachymeningitis haemorrhagica).

Nach Meinung Anderer, von denen Huguenin, verschiedene französische Autoren, Sperling zu nennen, kommt es jedoch auch aus gesunden Venen und ohne sonstige Complicationen, speciell ohne Pachymeningitis zu subduralen Blutungen.

v. Bergmann hält selbst grosse Blutungen durch relativ leichte Traumen — ohne Gefässerkrankung — für möglich.

Nach Huguenin kommen solche Blutungen besonders leicht bei atrophischen Gehirnen (Greise, Alkoholiker) zu Stande; noch mehr, wenn die Gefässe atheromatös sind.

Mittenzweig hat nun beobachtet, dass subdurale Blutungen vorkommen aus Venen, die einen abnormen Verlauf haben, indem sie etwa 3—4 cm von dem sinus longitudinalis entfernt aus der Arachnoidea austreten, dann in die Dura eindringen und erst von dieser aus in den sinus longitudinalis einmünden; sie liegen also beim Uebergang aus der weichen in die harte Hirnhaut gewissermassen nackt eine kleine Strecke lang da, und an dieser Stelle können sie bei Traumen, in Berücksichtigung der grossen Elasticität der Schädelkapsel, leicht zerreissen.

Der Vortragende hatte Gelegenheit, bei der Section eines 60jährigen Mannes, welche Herr Dr. Langerhans im pathologischen Institut ausführte, und bei welcher sich ein grosser Bluterguss unter der Dura fand, die beiden Stümpfe der durchrissenen Vene, aus welcher die Blutung erfolgt war, und welche den angegebenen abnormen Veelauf hatte, zu sehen; es war keine Pachymeningitis vorhanden.

Der Vortragende untersuchte nun durch Vermittelung des

Herrn Professor Waldeyer etwa 200 Dura matres auf die betreffenden Verhältnisse hin und fand, dass in etwa 25 % der geschilderte abnorme Verlauf im Bereiche der vorderen Sinus-Venen, nur in etwa 5 % in dem der hinteren Venen vorkommt, also verhältnissmässig sehr oft.

Die Erklärung der Entstehung dieser Abnormität ist nicht ganz leicht. Die Untersuchung der Verhältnisse bei Kindern gab dem Vortragenden folgende Erklärung an die Hand. Bei Kindern sind die beiden Blätter der Dura noch lose mit einander verbunden und haben zahlreiche Venen zwischen sich. — Zwischen diesen und den Cerebralvenen dürften zahlreiche Anastomosen bestehen, die zum Theil so bedeutend werden, dass bei der späteren Entwicklung eine solche Anastomose allein die Ueberleitung des Blutes zum sinus longitudinalis übernimmt, während das ursprüngliche centrale Ende der Venen verödet: dann haben wir die Abnormität, von der wir sprechen, und mit ihr die Disposition zu Blutungen. (Schluss folgt.)

Aerztlicher Verein München.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung am 5. Dezember 1888.

Privatdocent Dr. **Klaussner: Die Behandlung gangränöser Hernien** mit Demonstration. Der Vortrag ist in Nr. 5 und 6, 1889, dieser Wochenschrift veröffentlicht.

An der Discussion betheiligt sich Herr Dr. Josef Rotter und erwähnt eines Falles, in welchem bei einem Anus praeternaturalis so ausserordentlich schwierige Verhältnisse vorgelegen haben, dass die frühere Behandlungsmethode unter Anwendung der Klammer niemals zu einem Heilungsresultate hätte führen können, sondern nur die Resection des Darmes von einem peritonealen Schnitte aus.

Es handelte sich um eine Patientin von etwa 70 Jahren, welche mit einer linksseitigen Cruralhernie, die gangränös war, in die Klinik kam und bei welcher der Anus praeternaturalis nach den gewöhnlichen Regeln angelegt wurde. In den ersten 3 Tagen war der Verlauf ein guter. Als jedoch das Drainrohr aus dem zuführenden Darmtheil entfernt wurde, traten plötzlich wieder die Erscheinungen einer Darmocclusion auf; die Patientin collabirte rasch und starb in der Nacht des vierten Tages noch ehe zur operativen Behandlung geschritten werden konnte. Die Section ergab, dass das dem resecirten gangränösen Theile angehörige Mesenterium durch die Naht und durch die frischen Adhäsionen mit dem Cruralring fest verbunden, als fester Strang zwischen dem Cruralring und der Wirbelsäule an der Radix mesenterii angespannt war. Das zuführende Darmende hing mit einer grossen Schlinge in's kleine Becken hinunter, sehr stark ausgedehnt, ging dann über diesen Strang hinweg, drehte sich unter dem Strang herum und kam durch den Cruralring nach aussen. Es hatte somit eine vollständige Drehung des zuführenden Darmendes spiralig um diesen Mesenterialstrang stattgefunden.

In diesem Falle wäre die Behandlung durch die Darmklemme eine ganz unmögliche gewesen, da die gerade gestaltete Branche der Klammer niemals in diesen gewundenen Canal des zuführenden Darmendes hätte eingeführt werden können.

Hierauf demonstrirt Professor Dr. **Angerer** ein **frisches Präparat einer Magenresection.**

Dasselbe stammt von einer 28jährigen Frau, welche seit 8 Jahren an Magenbeschwerden litt, die sich in den letzten 2 Jahren so steigerten, dass die Frau in den letzten Wochen keine Nahrung mehr bei sich behalten konnte und alles wieder erbrechen musste. Im Ambulatorium des Herrn Geheimrath v. Ziemssen wurde die Pylorus-Stenose und eine freibewegliche Geschwulst am Pylorus diagnosticirt. Am 2. December l. Js. wurde die Operation vorgenommen. Schon bei der vorbereitenden Operation d. h. Ausspülung des Magens collabirte die Kranke sehr bedeutend, so dass Angerer zuerst nur daran dachte, eine Gastroenterostomie zu machen, in der Weise, dass man eine hochgelegene Dünndarmschlinge an die Magenwand anheftet, so dass der Mageninhalt direct in den Dünndarm übergeht und der Pylorus ausgeschaltet wird. Nach der Eröffnung der Bauchhöhle fand sich eine vollkommen freibewegliche Geschwulst am Pylorus und entschloss sich A. die Resection in typischer Weise am Pylorus auszuführen. Die Operation dauerte $1\frac{1}{2}$ Stunden. Die Kranke war schon während der Operation sehr stark collabirt, so dass mit Campher nachgeholfen werden musste, erholte sich aber darnach wieder; etwa 17 Stunden darauf ist sie im Collaps gestorben. (Sodann folgt die Demonstrirung des Präparates.)

Ob Narbenstenose oder Carcinom vorliegt, ist noch nicht entschieden, da die mikroskopische Untersuchung noch nicht so weit gediehen, um darüber einen bestimmten Aufschluss zu geben; doch spricht schon der makroskopische Befund mehr für Carcinom. Die Form des Magens nach der Resection ist eine ganz ausserordentlich günstige. Die Geschwulst ging sehr weit an der kleinen Curvatur nach aufwärts, so dass an der kleinen Curvatur ein sehr bedeutendes Stück ausgeschnitten werden musste. Von der Einmündungsstelle des Oesophagus an wurde der Magen schräg resecirt und eine ganze Reihe von Occlusionsnähten waren nöthig. Die Vereinigung ist aber vollkommen gut gelungen. Der Magen wurde bereits unter starkem Wasserstrahl ausgespült und es zeigte sich, dass die Nähte vollkommen sufficient waren, nirgends platzte eine Naht, nirgends kam auch nur eine Spur von Flüssigkeit durch die Naht heraus. Wiewohl die Technik in diesem Falle vollkommen gelungen war, ist doch die Kranke nach 17 Stunden dem Eingriff erlegen.

Die Erfahrungen, die A. mit Magenresectionen gemacht hat, sind keine günstigen.

In den letzten zwei Jahren hatte er 11 mal Gelegenheit Pylorusstenosen operativ in Angriff zu nehmen. 5 mal mussten nach Eröffnung der Bauchhöhle dieselben wieder geschlossen werden, weil die Geschwulst mit den Nachbarorganen durch viel zu intime Adhäsionen verbunden war; es war nicht möglich den Pylorus zu isoliren. Ein Mal hat A. wegen hochgradiger Stenose eine Magendünndarmfistel angelegt; diese Operation hat die Kranke sehr gut vertragen; sie starb in der 3. Woche an Inanition, wohl deswegen, weil A. eine ziemlich tiefgelegene Darmschlinge erwischt hatte; es ist doch sehr wichtig für die Ernährung, dass eine Dünndarmschlinge sehr nahe der Plica duodeno jejunalis gewählt wird. Dann habe A. 5 typische Magenresectionen im Verlaufe von 2 Jahren gemacht. Eine Kranke starb in der 3. Woche an Inanition, die 2., 3. und 4. wenige Tage nach der Operation, und nur eine einzige lebt; sie wurde vor nahezu 2 Jahren operirt und befindet sich im besten Wohlsein.

Wenn auch die Erfolge keine guten sind, so darf man doch nicht vergessen, dass in all' den Fällen, die zur Operation kommen, es sich um Kranke handelt, die in naher Zeit dem Tode verfallen wären, um Kranke, die durch lange Krankheit dem Siechthum verfallen sind, und gar keine Widerstandskraft mehr haben. (Schluss folgt.)

Sterbekassaverein der Aerzte Bayerns.

Die in Nr. 7 vom 12. Februar l. J. in der Münchener Med. Wochenschrift ausgeschriebene Generalversammlung fand am 16. lfd. Monats im Locale des ärztlichen Vereines zu München statt. Entsprechend dem § 15 der neuen Satzungen wurden in den Vorstand gewählt die Herren: Regierungs- und Kreismedicinalrath Dr. H. Vogel als erster Vorsitzender; prakt. und Bahnarzt Dr. A. Schöner als zweiter Vorsitzender; Geheimrath und Obermedicinalrath Dr. J. v. Kerschensteiner; prakt. Arzt Dr. Raim. Mayr als Schriftführer: prakt. Arzt Dr. E. Daxenberger als Cassier. Als Ergänzungsmitglieder wurden gewählt die Herren: Hofstabsarzt Dr. Gg. Martius, Medicinalrath Dr. Fr. Aub und Hofrath Dr. M. Braun.

Der neue Vorstand hat bereits die nöthigen Schritte ergriffen, um dem Vereine die Rechte eines anerkannten Vereines zu erwerben. Nach erfolgter amtlicher Anerkennung und Genehmigung der neuen Satzungen wird sofort mit der Versendung derselben an die Herren Collegen begonnen werden.

Verschiedenes.

(Statistische Nachweisung der Sterblichkeits-Verhältnisse in einigen grösseren deutschen Orten im Jahre 1887.)

Namen der Orte	Einwohnerzahl am 1. Juli 1887	Verhältnisszahl d. Gestorbenen auf 1000 Einw. berechnet	Verhältnisszahl d. gestorbenen Kinder im Alter von 0—1 Jahr auf 100 Lebendgeborene berechnet	Verhältnisszahl der Gestorbenen im Alter von 1 Jahr und darüber auf 1000 Einw. berechnet	
		1887	1887	1887	1886
Preussen					
Aachen	98947	23,7	24,2	14,8	16,8
Altona	109046	25,4	24,6	16,5	18,7
Barmen	105324	20,3	17,6	13,7	15,1
Berlin	1376389	22,0	24,6	13,6	15,4
Breslau	308105	29,6	29,5	19,3	19,5
Danzig	116786	27,8	22,5	18,0	17,1
Dortmund	82200	24,7	18,6	16,9	19,0
Düsseldorf	121438	21,7	18,2	14,5	15,5
Elberfeld	110603	20,7	15,9	14,7	16,7
Frankfurt a. M.	160116	19,6	17,4	14,9	14,2
Frankfurt a. O.	55016	25,9	27,5	16,5	17,0
Halle a. S.	85307	21,7	17,6	15,3	17,1
Hannover	145080	18,9	18,0	13,2	17,4
Kiel	54274	22,3	21,1	14,2	15,7
Köln	166667	26,2	24,9	17,1	17,4
Königsberg i. Pr.	154393	28,5	29,9	18,5	17,8
Krefeld	95418	22,9	19,0	14,8	15,6
Magdeburg u. Neust.	166609	23,1	22,4	14,1	16,8
Stettin	102008	25,1	28,8	15,1	17,1
Wiesbaden	57105	18,2	16,1	14,0	13,6
Bayern					
Augsburg	67328	29,0	36,7	17,2	15,8
Bamberg	32134	21,4	26,0	13,8	18,1
Bayreuth	24029	22,2	15,0	18,5	19,6
Fürth	36845	26,5	25,2	16,6	19,0
Hof	22656	24,9	18,2	18,1	22,3
Kaiserslautern	33072	18,8	16,4	12,4	13,1
Ludwigshafen a. Rh.	22951	28,7	23,1	17,3	15,8
München	272102	29,6	32,4	18,3	18,0
Nürnberg	119758	26,5	26,2	17,1	18,6
Regensburg	36592	30,6	34,7	20,2	18,4
Würzburg	56275	26,1	19,7	20,6	19,7
Königreich Sachsen					
Chemnitz	115787	31,9	35,5	16,0	15,3
Dresden	254088	21,8	21,3	14,9	16,7
Leipzig	177072	19,4	18,9	13,8	14,6
Plauen i. V.	45307	23,4	25,0	12,8	15,0
Zwickau	40586	24,0	27,9	13,7	16,4
Württemberg					
Cannstatt	18609	19,8	20,6	13,4	16,4
Esslingen	20898	22,1	19,0	16,1	14,3
Heilbronn	28806	21,2	24,3	13,2	13,9
Stuttgart	116355	17,4	18,8	12,1	13,1
Ulm	33874	19,4	24,3	13,1	11,4
Baden					
Freiburg	42904	24,0	22,6	17,6	18,2
Heidelberg	27723	24,4	15,9	19,0	18,0
Karlsruhe	63457	20,0	20,6	14,3	13,6
Mannheim	63744	22,3	21,9	14,6	14,7
Pforzheim	28203	18,5	18 2	12,8	14,2
Hessen					
Darmstadt-Bessungen	52300	21,4	22,6	16,1	14,6
Giessen	19681	23,1	13,1	19,1	17,1
Mainz	68036	20,2	19,5	14,4	15,3
Offenbach	32747	21,6	22,5	15,0	14,9
Worms	22821	27,6	24,1	19,2	15,0
Uebrige deutsche Staaten					
Rostock	40113	21,3	16,2	16,5	15,6
Schwerin	31965	18.2	18,5	13,4	16,5
Eisenach	20098	18,9	15,8	13,7	16,8
Weimar	22078	18,3	21,4	12,4	12,1
Oldenburg	22394	21,3	15,9	17,6	18,7
Braunschweig	88383	20,1	17.3	13,8	15,3
Altenburg	30019	29,7	26,0	20,0	18,4
Gotha	28206	20,8	14,3	16,7	19.1
Dessau	29191	20,9	18,1	13,8	18,8
Lübeck	56775	21,4	18,2	15,7	15,8
Bremen	120276	20,2	16,9	15,3	14,7
Hamburg	486462	27,5	29,6	17,3	19,1
Colmar	26473	24,7	24,6	15,8	17,1
Metz	54370	21,1	19,3	16,0	16,3
Mühlhausen	71700	23,0	20,5	17,0	17,0
Strassburg	114367	23,2	23,5	15,6	17,3

Therapeutische Notizen.

(Phenacetin, ein Mittel gegen Keuchhusten?) Von Hrn. Dr. R. Heimann in Landau (Pfalz) erhalten wir folgende Mittheilung: Da mich Antipyrin bei der Bekämpfung des Keuchhustens vollständig im Stiche liess, versuchte ich es mit Phenacetin, dessen Wirkung bei der gleichen Dosirung eine doppelt stärkere sein soll.

Der Erfolg dieses meines Versuches war ein so überraschend guter, dass ich mich veranlasst sah in 2 weiteren Fällen von Keuchhusten, die in meine Behandlung traten, Phenacetin zu verwenden und nirgends konnte ich einen Misserfolg constatiren. Während vor der Anwendung des Phenacetins 10—15 Anfälle auftraten, reducirten sich dieselben auf 3, an manchen Tagen blieben dieselben ganz aus, nur in der Nacht traten dieselben wieder auf, da der Gebrauch des Phenacetins alsdann sistirt wurde.

Bei einem Knaben von 3 Jahren liess ich 0,4 in 4 Dosen à 0,1 gebrauchen, bei einem Mädchen von 2 Jahren 0,3 in 3 Dosen und bei einem Säuglinge von 7 Monaten 0,2 in 4 Dosen à 0,05: nirgends beobachtete ich üble Nachwirkungen. 0,1 Phenacetin wirkte durchschnittlich 3 Stunden.

Zur Gegenprobe liess ich an einzelnen Tagen den Gebrauch des Phenacetins aussetzen, und die Anfälle traten wieder in der früheren Häufigkeit und Heftigkeit auf; es ist also ausgeschlossen, dass die Erkrankung bereits in das 3. Stadium, das Stadium decrementi s. criticum getreten war.

Wenn nun auch die Zahl der von mir beobachteten Fälle eine zu geringe ist, um ein abschliessendes Urtheil fällen zu können, so dürfte sich ein ähnlicher Versuch um so eher empfehlen, als es einerseits kein Mittel zur Bekämpfung des Keuchhustens bis jetzt gibt, andererseits die Verwendung des Phenacetins in der von mir gebrauchten Dosis durchaus gefahrlos ist.

(Die Behandlung des Knochenfrasses (Caries) auf nicht operativem Wege.) In einer bei Heuser erschienenen Brochüre beschreibt Bezirksarzt Dr. Kollmann in Würzburg eine von ihm mit günstigstem Erfolge geübte neue Behandlungsweise der Caries; dieselbe besteht in Inunctionen mit Sapo viridis, und zwar sollen wöchentlich 2—3 mal je 25—40 g mittelst eines Schwammes oder auch bloss der flachen Hand auf Nacken, Rücken und Hinterfläche der Oberschenkel eingerieben werden. Die Schmierseife bleibt eine halbe Stunde liegen, hierauf wird sie mit warmem Wasser abgewaschen und der Patient begibt sich zu Bette. Die passendste Einreibungszeit ist deshalb der Abend. Des anderen Tages kann der Kranke wieder seiner Beschäftigung nachgehen, ausgenommen, wenn es sich um Periostitis chronica oder Caries an den unteren Extremitäten, dem Becken und der Wirbelsäule handelt. Derlei Kranke müssen unbedingt das Bett hüten. Doch nicht jede Schmierseife eignet sich zur Behandlung, sondern einzig und allein der in den Apotheken vorräthige Sapo kalinus venalis, welcher aus Olivenöl und Liq. kal. caust. crud. ohne Weingeist bereitet ist und stets etwas überschüssiges Kal. caustic. und Kali carbon. enthält. Eine Aenderung in der Diät ist während der Behandlung nicht nothwendig, ebensowenig der Gebrauch des Leberthrans, obwohl letzterer in gewissen Fällen die Heilung beschleunigen kann. Die Resultate, die der Autor erzielt hat, sind ausserordentlich überraschende. Es wurden von 37 Kranken fast alle geheilt; auf die in einzelnen Fällen gleichzeitig vorhandene Tuberculose der Lungen hatte das Verfahren keinen Einfluss. Die mittlere Behandlungsdauer betrug $4\frac{1}{2}$ Monate, die längste 1 Jahr, 6 Monate, 11 Tage, die kürzeste 15 Tage. Die Wirkungsweise der Behandlung legt sich der Autor in der Weise zurecht, dass er bei der Caries einen krankhaften Gehalt von Milchsäure im Blute und in den Geweben annimmt. Das Alkali der Schmierseife soll nur dazu dienen, die Milchsäure zu neutralisiren. Zu bemerken ist, dass das Material K.'s ausschliesslich aus Erwachsenen, Insassen einer Strafanstalt, bestand.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 19. März. Die Gerüchte von dem bevorstehenden Rücktritte des preussischen Cultusministers Dr. v. Gossler scheinen sich nicht zu bestätigen; glücklicherweise, denn das Ausscheiden dieses um die medicinische Wissenschaft hochverdienten Mannes wäre nicht für Preussen allein, sondern für das ganze medicinische Deutschland ein unersetzlicher Verlust gewesen. In einer Reihe von wichtigen Fragen hat Dr. v. Gossler ein warmes Interesse und tiefes Verständniss für die Wissenschaft bewiesen; noch vor wenigen Tagen hat er sich ein dauerndes Verdienst um dieselbe erworben, als er, gemeinschaftlich mit Sanitätsrath Dr. Graf, im preussischen Abgeordnetenhause für die gefährdeten Positionen für Hygiene eintrat, und namentlich in einer ausgezeichneten, von bewunderungswürdiger Sachkenntniss zeugenden Rede den Ausführungen Virchow's entgegentrat. Möge seine Kraft dem Staate und der Wissenschaft noch lange erhalten bleiben.

— Der alle 3 Jahre zusammentretende Congress der italienischen Irrenärzte wird im September ds. Js. in Novara tagen. Themata:

1) Criterien für Feststellung der Differentialdiagnose der degenerativen Zustände. 2) Sichere Criterien zur Beurtheilung der Simulation von Geisteskrankheiten. 3) Die Psychologie im Verhältniss zu unseren genauesten Kenntnissen der Gehirnanatomie und Physiologie. 4) Anwendung der Suggestivtherapie auf die Geisteskrankheiten mit specieller Berücksichtigung der Fragen: a) ob ernstlich eine Suggestivbehandlung bei der Heilung der Geisteskrankheiten in Betracht kommen kann, b) ob eine solche nur vermittelst Hypnotismus oder auch ohne diesen durchführbar ist, c) welches die Methoden, Grenzen, Indicationen, Vorsichtsmaassregeln bei einer solchen Therapie sein müssen.

— Bei Gelegenheit der diesjährigen Weltausstellung soll in Paris vom 19. bis 24. August ein internationaler psychiatrischer Congress abgehalten werden. Die Themata sind: 1) Impulsives Irresein. Referent: Falret. 2) Vergleich der Gesetzgebungen über Unterbringung der Geisteskranken in privaten und öffentlichen Specialanstalten. Referent: Ball. 3) Ueber die Verantwortlichkeit der Alcoholiker. Referent: Motet. Die Anzeige anderweitiger Vorträge wird bis zum 15. Juli erbeten.

— Die Aerztekammer der Provinz Hessen-Nassau hat die Herausgabe eines »Correspondenzblattes für die Aerzte der Provinz Hessen-Nassau« beschlossen; dasselbe erscheint alle 3 Monate und wird von Dr. Markus in Frankfurt a. M. redigirt. Die 1. Nummer ist vor kurzem erschienen.

— An des verstorbenen Prof. Gscheidlen Stelle haben die DDr. Leppmann und Partsch einstweilen die Redaction der »Breslauer ärztlichen Zeitschrift« übernommen.

— Der Brandenburgische Provinzialverein gegen den Missbrauch geistiger Getränke beabsichtigt, eine Trinker-Heilanstalt für die Provinz Brandenburg in's Leben zu rufen, wie solche bereits in Holnstein, Mecklenburg, der Rheinprovinz, Schlesien und Westfalen bestehen.

— Nach dem neuesten Jahresberichte des Gesundheitsbeamten der Stadt San Francisko wird die Zahl der Leprakranken auf den Hawai-Inseln auf 1500 geschätzt. Die Krankheit soll sich mit grosser Schnelligkeit ausbreiten, das Gesundheitsamt in Honolulu hat letzthin innerhalb zwei Jahren 250,000 Dollars, grösstentheils aus Anlass der Lepra, verausgabt. (V. d. K. G.-A.)

(Universitäts-Nachrichten.) **Dorpat.** Der Assistent der chirurgischen Klinik, Dr. Werner von Zoege-Manteuffel, ist als Docent an der hiesigen Universität zugelassen worden. — **Paris.** Als Director der Klinik für Geburtshilfe, Frauen- und Kinderkrankheiten, welche den Namen »Geburtshilfliche Klinik« erhalten hat, ist der zum Professor der Geburtshilfe ernannte Dr. Tarnier gewählt worden. — **Tübingen.** Prof. Nauwerck ist zum Nachfolger Baumgarten's als Prosector am pathologischen Institut in Königsberg erwählt. Die Institution der Feriencurse beginnt auch hier sich einzubürgern. Gleich nach Semesterschluss begannen 5 Curse: Bacteriologie, Arzneiverordnungslehre, Augenspiegelcurs, geburtshilflicher Phantomcurs und Harnuntersuchung — alle sehr gut besucht. Sie dauern 4 Wochen. — **Wien.** Die dritte Geburtsklinik des Hofrathes Dr. G. Braun ist bis auf Weiteres wegen einer auf derselben aufgetretenen Puerperalfieber-Endemie geschlossen worden.

(Todesfall.) Der Professor der Pädiatrie in Lyon, Perrand, ist daselbst gestorben.

Amtliche Erlasse.

An die k. Regierungen, Kammern des Innern, die k. Bezirksämter und k Bezirksärzte, sowie an die Gemeinde-Verwaltungen.

Den Heidelbeerwein betr.

Kgl. Staatsministerium des Innern.

Die Weinhandlung von J. Fromm in Frankfurt a./M. befasst sich seit sechs Jahren damit, aus Spessarter Heidelbeeren ein dem Rothwein ähnliches Getränke, den sog. Heidelbeerwein, zu bereiten, und hat nun die Bitte gestellt, die Verwaltungen der öffentlichen Kranken-Anstalten auf diesen Heidelbeerwein sowie auf dessen Eigenschaften und Vorzüge aufmerksam zu machen und dessen Verwendung an Stelle der ausländischen Rothweine zu empfehlen.

Der k. Obermedicinalausschuss hat sich in seinem im Auftrage des k. Staatsministeriums des Innern erstatteten eingehenden Gutachten auf Grund einer genauen vergleichenden Analyse dahin ausgesprochen, dass der Heidelbeerwein in seinen wesentlichen Bestandtheilen — Alcohol, Pflanzensäure, Extract, Glycerin, Mineralbestandtheile (Asche) — mit den guten Traubenrothweinen zu concurriren vermöge und dass derselbe ohne Zweifel auch die wesentlichen physiologischen Wirkungen der Traubenrothweine auf den menschlichen Organismus ausübe. Hiemit stimmen auch die in mehreren grösseren Krankenanstalten bisher gemachten Erfahrungen überein.

Das k. Staatsministerium des Innern nimmt hiernach keinen Anstand, auf diesen Heidelbeerwein aufmerksam zu machen und dessen Gebrauch in Krankenanstalten zu empfehlen.

München, den 5. März 1889.

Frhr. v. Feilitzsch.

Der Generalsecretär
v. Nies,
Ministerialrath.

An die k. Bezirksärzte und an die übrigen öffentlichen Impfärzte.

Die Schutzpockenimpfung im Jahre 1889 betr.

Es wird hiemit bekannt gegeben, dass die k. Centralimpfanstalt beauftragt ist, auch für das diesjährige Impfgeschäft selbstgezüchtete Lymphe abzugeben.

Behufs Bemessung des Bedarfes an Lymphe werden die öffentlichen Impfärzte hiemit angewiesen, bis spätestens zum 10. April l. J. an die k. Centralimpfanstalt zu berichten, für wie viele Impflinge sie Thierlymphe zu beziehen wünschen.

Hinsichtlich der Lymphe-Absendungstermine von Seite der königl. Centralimpfanstalt wird behufs Sicherstellung der Einhaltung der angemeldeten Termine und behufs Geschäftsvereinfachung für Absender und Empfänger auf die in der Veröffentlichung des k. Central-Impfarztes Dr. L. Stumpf vom 5. ds. Mts. in Nr. 10 der Münchener Medicinischen Wochenschrift in Vorschlag gebrachte Vereinbarung aufmerksam gemacht.

Die Fortsetzung der selbständigen Züchtung der Thierlymphe durch Impfärzte, wie sie bisher geübt wurde, wird hiemit nicht geändert.

München, den 11. März 1889.

Frhr. v. Feilitzsch.

Der Generalsecretär
v. Nies,
Ministerialrath.

Personalnachrichten.

(Bayern.)

Gestorben. Der pensionirte Bezirksarzt Dr. J. B. Häuslmayer in Pfaffenhofen a. d. Ilm.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 10. Jahreswoche vom 3. bis 9. März 1889.

Brechdurchfall 11 (12*), Cholera asiatica — (—), Diphtherie, Croup 65 (63), Erysipelas 13 (20), Intermittens, Neuralgia interm. 4 (1), Kindbettfieber — (—), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 163 (156), Ophthalmo-Blennorrhoea neonatorum — (2), Parotitis epidemica 6 (13), Pneumonia crouposa 29 (18), Pyaemie, Septicaemie — (1), Rheumatismus art. ac. 33 (41), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 15 (17), Tussis convulsiva 16 (15), Typhus abdominalis 2 (1), Varicellen 14 (13), Variola, Variolois — (—). Summa 371 (373). Dr. Aub, k. Bezirksarzt.

Uebersicht der Sterbfälle in München

während der 10. Jahreswoche vom 3. bis incl. 9. März 1889.

Bevölkerungszahl 281,000.

Zymotische Krankheiten: Pocken — (—*), Masern und Rötheln 5 (7), Scharlach 3 (3), Diphtherie und Croup 4 (4), Keuchhusten 2 (—), Unterleibstyphus 1 (2), Flecktyphus — (—), Asiatische Cholera — (—), Ruhr — (2), Kindbettfieber — (—), andere zymotische Krankheiten 1 (1).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 163 (151), der Tagesdurchschnitt 23.3 (21.6). Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 30.2 (27.9), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 21.2 (20.6), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 19.6 (18.1).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Briefkasten.

Morbiditätsstatistik der Infectionskrankheiten in Bayern betr. Auf die Anfragen verschiedener Collegen erwidern wir, dass Zählblättchen für die Morbiditätsstatistik, nach dem vom erweiterten Obermedicinalausschusse angenommenen Schema, wie solche beim ärztlichen Bezirksverein München, sowie bei einer Reihe anderer Bezirksvereine in Gebrauch sind, zum Preise von M. 3 pro 1000 Stück von der Buchdruckerei von Gotteswinter in München, Theatinerstr. 18, R. G., sowie von der Academischen Buchdruckerei von F. Straub, München, Ottostr. 11 hergestellt werden und daselbst zu beziehen sind.

Verlag von Jos. Ant. Finsterlin in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.